GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1887

IMPRIMERIE ED. ROUSSET ET Cie, 7, RUE ROCHECHOUART, PARIS

ANNÉE 1887

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

CINQUANTE-HUITIÈME ANNÉE — SEPTIÈME SÉRIE — TOME IV

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE



PARIS

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8

58e année. 7e série. Tome IV. N° 1 1er JANVIER 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

NOTES SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA GYNÉCOLOGIE EN AUTRICHE-HONGRIE ET EN ALLEMAGNE, par M. le docteur S. POZZI, Agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital Lourcine.

Chargé par le Ministère de l'Instruction publique d'une mission scientifique dont le but est indiqué par le titre de cet article, j'ai visité successivement aux mois de Mai et Juin plusieurs grands centres universitaires. Les notes qui vont suivre sont extraites de mon rapport officiel.

ENSEIGNEMENT DE LA GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE VIENNE

§ 1. — *Du personnel enseignant*

Il faut y distinguer : l'enseignement des professeurs titulaires ; l'enseignement auxiliaire.

L'Enseignement clinique officiel de l'obstétrique et de la gynécologie est fait par les mêmes professeurs, au nombre de deux, les professeurs Ch. Braun et Spaeth (1). Ce dernier, malade, est depuis longtemps suppléé par un assistant. Un troisième professeur, Gust. Braun, fait un cours obstétrical exclusivement destiné aux sages-femmes, de midi à deux heures. Chaque professeur fait une leçon tous les jours, sauf le samedi et le dimanche. Les opérations sont pratiques devant les élèves dans l'amphithéâtre des cours.

Les élèves sont tenus de suivre la clinique durant un semestre (de cinq mois) pour avoir le droit de se présenter aux examens. Ils paient 10 florins pour le professeur. Tous les étudiants n'ont pas le droit d'*assister à la visite*, comme en France, à l'exception d'un seul jour, le vendredi. Chaque lundi, on désigne deux groupes de quatre étudiants, qui doivent « faire le service » de jour et de nuit durant la semaine, conjointement avec les membres du service proprement dit, savoir : deux assistants et trois ou quatre « opérateurs ». Les assistants sont des docteurs en médecine, analogues à nos chefs de clinique, présentés par un professeur à l'Université, qui les désigne toujours sur sa demande. Ils restent en fonctions deux ans, peuvent être prolongés deux ans par le professeur et ensuite d'année en année par l'Université. Il n'est pas rare de voir un *assistant* prolonger ainsi ses fonctions cinq ou six ans. Les « opérateurs » sont des docteurs en médecine choisis par le professeur, également sans concours, et qui remplissent les fonctions dévolues à nos internes.

Chaque service clinique a un crédit annuel de 300 florins pour les instruments ; ce crédit est souvent dépassé, sans que jamais l'administration s'y refuse.

(1) Tout récemment, le professeur Breisky a été nommé en remplacement du professeur Spaeth, qui a définitivement renoncé à sa chaire.

FEUILLETON

LES LIVRES D'ÉTRENNES.

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE : *La terre et les hommes*, par Elisée Reclus. XIIe volume, *L'Afrique occidentale*. — BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES : *Les sources*. — *Les grands fleuves*. — *Les paquebots à grande vitesse et les navires à vapeur*. — *L'artillerie*. — BIBLIOTHÈQUE ETHNOLOGIQUE : *Les aztèques*, par Lucien Biart. — MÉMORABLES AVENTURES DU DOCTEUR J.-B. Quiés, par Paul Célières, illustré par F. Lix.

I. Chaque année, M. Elisée Reclus ajoute une pierre, nous voulons dire un volume, au splendide monument qu'il a entrepris d'élever à la géographie. Il nous conduit, avec le 12e volume, dans l'Afrique occidentale. Les archipels atlantiques constituent la première étape et servent comme de transition d'un monde à l'autre. « Ces archipels, dit M. Reclus, forment un domaine médiaire entre trois mondes. Par le climat et les productions, les Açores, Madère, même les Canaries, se rattachent plus à l'Europe qu'à la lourde masse du continent africain; par leurs premiers habitants connus, les Canaries faisaient partie du monde berbère, c'est à dire de l'Afrique septentrionale; enfin, mainte espèce végétale apportée par le *Gulf-Stream* provient du continent américain. Au point de vue historique, les archipels furent aussi des intermédiaires naturels et servirent d'escales pour la découverte du Nouveau-Monde. »

La Sénégambie, qui est l'objet du second chapitre, continue, sur le Continent, cette ligne de séparation. « Le Sénégal, dit l'auteur, constitue une ligne de partage entre les peuples : à sa rive droite s'arrêtent les Berbères et les Arabes ; à sa rive gauche les populations nigritiennes. D'une manière générale, on peut dire que le fleuve marque le point de départ de la ligne transversale qui passe entre le pays des bruns et celui des noirs; là s'affrontent deux mondes différents. »

Entre le Sénégal et le Niger, le littoral africain comprend différentes contrées, les unes indépendantes, les autres sous la domination ou le protectorat de la France, de l'Angleterre, du Portugal ou de l'Allemagne. M. Reclus décrit ainsi successivement la Gambie, le bassin ou territoire de la Casamance, la Guiné (non *Guinée*,

Outre les *professeurs ordinaires*, faisant partie du « *Collège professoral* », la Faculté de médecine de Vienne compte des *professeurs extraordinaires* (hors du collège professoral); trois enseignent la gynécologie savoir :

Professeur R. Chrobak (Examen des malades trois fois par semaine, de neuf à dix heures du matin, dans l'*Allgemeine Krankenhaus*, cours théorique sur l'application de la méthode antiseptiqns en gynécologie, le samedi de dix à onze heures, ibidem).

Professeur Carl von Rokitansky : cours clinique sur des malades consultants, payant (25 florins), d'une durée de quatre semaines, chaque jour, de neuf à dix heures. (Ce cours se fait à l'Hôpital général, dans l'amphithéâtre du professeur Gruber).

Professeur L. Bandl : cours clinique sur des malades consultants, payant (20 florins); durée six semaines, cinq fois par semaine, de neuf à dix heures. Ce cours se fait dans l'Etablissement fondé par une association de professeurs libres (Schwarzspanierstrasse, n° 12, sous le nom de « Policlinique générale » *Allgemeine Poliklinik)*.

A côté de l'enseignement *officiel* des professeurs ordinaires et extraordinaires, il y a pour toutes les branches un *enseignement auxiliaire*, très important par le nombre et la valeur des professeurs qui l'ont organisé, par la quantité des élèves et des médecins qui le suivent. C'est à Vienne maintenant que se rendent la grande majorité des jeunes docteurs étrangers qui désirent se perfectionner dans une spécialité quelconque, et c'est dans les cours payants des « privat docenten » qu'ils vont surtout puiser ce complément d'instruction. On sait que le titre de « privat docent » est donné par le Conseil des professeurs sur titres et après un examen ; malgré la différence qui sépare une pareille investiture de la nomination par concours, on peut dire que le grade de *docent* correspond sensiblement à celui d'*agrégé* dans nos Facultés. Il donne le droit de faire des cours et constitue un titre scientifique ambitionné. Pour la gynécologie seule (sans compter les accouchements), il n'y a pas actuellement (mai-juin 1886) moins de *neuf cours* à l'Université de Vienne. En voici la nomenclature exacte :

Professeur docent : K. Bœhm. Sur les maladies chirurgicales des organes génitaux et sur le diagnostic des maladies des femmes. Cours payant (25 florins); dans le service gynécologique de l'Hôpital-Rudolph, Landstrasse, dont il est le directeur (durée plusieurs semaines).

Privat docenten : Docteur G. Lott. Cours d'opérations gynécologiques sur le cadavre, durée de six à huit semaines, payant (30 florins), dans l'amphithéâtre pour les autopsies judiciaires.

Docteur W. Schlesinger : cours de gynécologie suivi de considérations particulières sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme, avec démonstrations, préparations et examen de malades consultantes. Cours cinq fois par semaine, durée quatre semaines, de neuf à dix heures, dans la salle des fêtes de l'Hôpital général. Prix : 20 florins.

Docteur K. Pawlik : Sur le diagnostic et le traitement en gynécologie (à l'aide de malades consultantes). Trois fois par semaine, de dix heures à midi, dans une chambre de l'Hôpital général (prix : 10 florins).

Docteur Feleenreich : Sur le diagnostic et le traitement en gynécologie (avec malades consultantes). Trois fois par semaine, de une heure à deux, dans l'amphithéâtre du professeur Nothnagel; durée quatre semaines (prix : 15 florins pour les médecins ; conditions spéciales pour les étudiants).

Docteur E. Ehrendorfer : trois fois par semaine, de onze heures à midi, dans une des chambres dépendant du service du professeur Spaeth, à l'Hôpital général (prix : 5 florins pour les étudiants ; 10 florins pour les médecins).

J'ai tenu à faire cette énumération complète et accompagnée de tous ses détails. Plusieurs sont dignes d'être relevés.

Je ferai d'abord remarquer quel auxiliaire considérable l'enseignement des deux chaires officielles de gynécologie trouve dans cette multitude de cours particuliers où les élèves sont individuellement exercés à l'examen des malades et au manuel opératoire. Les jeunes *docenten* eux-mêmes en retirent un grand profit scientifique, étant perpétuellement tenus en haleine par la nécessité d'instruire leurs auditeurs et de ne pas se laisser distancer par leurs collègues et concurrents de l'enseignement privé. De plus, ils trouvent là une source suffisante de revenus pour ne pas être obligés de se livrer prématurément à la pratique, au détriment de leurs travaux. Il n'est pas douteux qu'on ne doive faire entrer pour une large part cette considération dans l'explication du

comme l'écrivent la plupart des géographes), les Rivières du Sud, Sierra-Leone, Liberia, les côtes de l'Ivoire (Grand-Bassam, Assini), la côte de l'Or et le bassin de la Volta, la côte des Esclaves. Cette dernière contrée renferme les villes les plus importantes du continent africain après celles de l'Egypte, Lagos (65,000 habitants), Ibavan (100,000 h.), Abeokcuta (120,000 h).

Le Niger (nil des noirs) aurait, suivant une tradition bien ancienne, communiqué avec le nil égyptien (nil des blancs). Si cette communication a eu lieu à une époque lointaine, elle n'existe plus dans la période actuelle de l'histoire de la terre. Le Niger est l'un des quatre ou cinq plus grands fleuves du monde, et l'immense bassin qu'il forme, entrecoupé de déserts et de contrées cultivées comme de véritables jardins, ne compte pas moins de quarante millions d'habitants suivant les uns, vingt millions au moins, suivant les autres.

« Depuis une longue période historique, dit M. Reclus, des peuples puissants par le commerce et l'industrie se sont succédé sur les bords du Niger. La vallée de ce fleuve, comme celle du Nil, fut un foyer de civilisation, et ses villes devinrent fameuses dans toute la partie septentrionale du continent et même en dehors de l'Afrique. Le royaume de Ghana, dont le nom, sous la forme de Guinée, est passé à une si grande étendue des côtes africaines, était connu des marchands de Venise, bien longtemps avant que des voyageurs blancs réussissent à le visiter, et pendant des siècles Tombouctou se montra de loin aux imaginations comme une Babylone africaine. »

De nos jours, l'étude de cette vaste contrée et des différents peuples qui l'habitent offre un grand intérêt pour le commerce européen. D'après la conférence de Berlin tenue en 1885, la France a le protectorat ou la suzeraineté du Haut-Niger, et l'Angleterre de la partie basse du fleuve. Mais le Niger et tous ses affluents restent librement ouverts aux navires marchands de toute provenance. « La voie d'accès que le bas Niger et le Benué présentent vers l'intérieur de l'Afrique, écrit M. Reclus, est celle qui paraît devoir être un jour la plus importante de toutes les routes commerciales du continent noir... En attendant que des routes carrossables pénètrent au loin dans les régions centrales du continent, le bas-Niger et le Benué offrent déjà une ligne de navigation continue aux bateaux à vapeur jusqu'à plus de 1,500 kilomètres de la mer sans qu'un pas difficile barre le courant. Seul entre toutes les

mouvement scientifique intense qui caractérise la science médicale allemande.

Je signalerai d'autre part quelques lacunes de cette organisation, et quelques inconvénients.

Il suffit de parcourir la longue liste de cours particuliers dont j'ai donné l'énumération pour voir qu'ils se tiennent dans les locaux les plus divers, tantôt à l'hôpital dans une chambre dépendant d'un service de malades, tantôt dans l'amphithéâtre prêté par un professeur, tantôt dans un établissement privé. Il n'y a pas, en effet, d'amphithéâtre spécial mis par la Faculté à la disposition des « docenten ». Chacun d'eux s'installe où il le peut, et met pour cela à profit l'amitié ou l'obligeance d'un chef de service à l'Hôpital général, lorsqu'il ne fait pas partie de l'Association qui a fondé et qui entretient l'établissement de la policlinique (principalement affectée à ces *leçons sur les malades consultants* (1) qui alimentent la majeure partie des cours libres dont nous parlons.

Les conditions matérielles des cours libres (ou mieux *auxiliaires*) sont donc très défectueuses. Il y aurait, croyons-nous, un grand avantage pour la Faculté et pour les élèves à venir en aide au zèle des *docenten* en mettant à leur disposition des salles suffisantes et en leur confiant même peut-être une part dans la consultation énorme qui surcharge les services cliniques, en vue de donner un aliment à leurs démonstrations.

Un autre inconvénient qui résulte aussi de cet isolement des cours auxiliaires vis-à-vis de la Faculté, c'est le prix élevé auquel les élèves peuvent seulement obtenir ce supplément d'instruction, si bien que beaucoup d'étudiant en sont forcément privés. On a été jusqu'à prononcer le mot *d'exploitation* des étrangers par les *docenten*. Le reproche est excessif; en somme, il est légitime que ces jeunes savants soient indemnisés de leur peine. Mais ils le seraient sans préjudice pour les élèves pauvres s'ils recevaient un traitement de l'Etat qui pourrait, du reste, être proportionné au nombre de leurs auditeurs volontaires. *(A suivre).*

(1) *Mit Benützung eines Ambulatoriums*

CLINIQUE MÉDICALE

De l'hydrogène sulfuré en thérapeutique (extraits d'une leçon clinique de M. le professeur Sée à l'Hôtel-Dieu).

La méthode de traitement par les injections intra-rectales de substances gazeuses, récemment introduite dans la pratique par M. Bergeon, et qui a fait l'objet d'une « Revue critique » publiée dans l'avant-dernier numéro de la Gazette médicale, donne un intérêt d'actualité à l'une des leçons de M. Sée sur l'application thérapeutique de l'hydrogène sulfuré. Les extraits suivants de cette leçon reproduisent fidèlement l'opinion du savant professeur :

« L'hydrogène sulfuré, dit-il, est un poison, et, dans les stations thermales sulfureuses, on a vu son accumulation, dans des cabinets de bains mal ventilés, déterminer des accidents.

« Un chien meurt dans une atmosphère contenant un dixième d'hydrogène sulfuré, et une atmosphère, qui en contiendrait 6 à 7 p. 100, pourrait être toxique pour l'homme.

« Comment agit l'hydrogène sulfuré ?

« *Sur le sang :* On dit que, pris par la voie rectale d'après la méthode de Bergeon, il s'élimine par le poumon. Tous les gaz s'éliminent par le poumon. Quand on prend des eaux gazeuses, ou bien le gaz reste dans l'estomac, et, s'il est tant soit peu dilaté, il y a des chances pour qu'il augmente la distension de l'organe ; ou bien le gaz entre dans l'intestin, et il est alors immédiatement absorbé pour être ensuite éliminé par le poumon.

« On a démontré que les 4/5e des gaz contenus dans les eaux gazeuses (acide carbonique) passent par le poumon.

« Ce qui a été démontré pour l'acide carbonique l'a été aussi pour l'hydrogène sulfuré par Claude Bernard, et c'est là-dessus que repose la méthode de Bergeon.

« Mais ce fait n'est vrai qu'en partie, car il reste de l'hydrogène sulfuré dans le sang. Lorsque l'injection a été faite lentement, il se transforme en composés sulfureux qui, en présence de l'oxygène, se transforment en sulfites, hyposulfites et sulfates. C'est sous cette forme qu'on le trouve dans le sang et qu'il est éliminé par les urines.

« Mais tout cela ne s'effectue qu'après une action importante de l'hydrogène sulfuré sur les principaux éléments du sang, sur les globules.

« L'hémoglobine du sang se réduit et se transforme en une hématine absolument incapable d'absorber l'oxygène. C'est en vertu de cette action que les gens soumis à l'action de l'hydrogène sulfuré meurent. Mais il n'est pas nécessaire d'en arriver là pour avoir des accidents.

---

grandes rivières africaines, le Benué n'est pas interrompu de cataractes dans son cours moyen. »

L'auteur décrit successivement le Haut Niger, le Niger-moyen (Tombouctou, les Touareg et les Songhaï), le Haoussa et le bas Niger.

Le neuvième et dernier chapitre est consacré au bassin du Tzadé, lac peu profond, étendu en surface, qui est sans doute de formation relativement récente et dont le principal affluent est le Chari. La vaste contrée qui forme ce bassin a coûté la vie à maint explorateur, et, de l'avis de M. Reclus, est la région de l'Afrique centrale où les voyageurs feront un jour les découvertes les plus considérables qui restent encore à faire dans la géographie du continent.

Dans ce volume, comme dans les précédents, des cartes intercalées dans le texte, des vues et des types gravés sur bois expliquent et animent pour ainsi dire les descriptions. Nous exprimerons un seul desideratum : il manque une carte générale représentant, dans leur ensemble et leur situation respective à l'égard les unes des autres, les différentes contrées qui font l'objet du volume.

II. Sous le titre de *Bibliothèque des merveilles*, la librairie Hachette continue de publier tous les ans une série de petits volumes sur l'histoire physique et naturelle du globe, les sciences, les arts et leurs applications. La collection s'est enrichie cette année de quatre nouveaux volumes.

1o *Les Sources*, par Mme Stanislas Meunier. — La terre sans les sources, dit en commençant Mme Meunier, c'est le désert « C'est l'eau, ajoute-t-elle plus loin, qui fait la fortune des nations. Là où il y a peu d'eau, les hommes ne forment pas des peuples, mais des tribus. Ils sont nécessairement nomades. Dans le désert, il n'y a que des voyageurs ; le sens du mot patrie est très large et répond sans doute à l'idée de climat. Nous autres, qui avons de grands fleuves au bord desquels nous nous groupons, nous avons inventé la *demeure*, l'endroit où *nous restons*. » On comprend ainsi comment les hommes ont été de tout temps reconnaissants envers les sources et, dans l'antiquité, leur ont attribué une origine divine.

Le livre de Mme Meunier se divise en trois parties.

Dans la première, elle étudie les sources ordinaires et dit quelques mots de l'art de les découvrir, qui n'a rien de divinatoire,

« La destruction de l'hémoglobine, c'est l'asphyxie; aussi on a dit que l'hydrogène sulfuré tue par asphyxie. Cela est vrai pour les fortes doses, mais non pour les faibles.

« Lorsqu'un individu commence à s'empoisonner par l'hydrogène sulfuré, on observe d'abord des phénomènes nerveux: céphalalgie, vertige. Les médecins des eaux sulfureuses ont pu les observer dans les cabinets de bains. Après cela, il y a perte de connaissance, coma et asphyxie.

« On pourrait attribuer la mort à l'action sur le système nerveux; il est probable que l'hydrogène sulfuré n'épargne pas le système nerveux du cœur, ni le système nerveux vaso-moteur. Mais cela n'est pas encore prouvé. »

M. Germain Sée pose ensuite cette question: l'hydrogène sulfuré a-t-il le pouvoir de détruire le ferment vivant, le bacille? Il rappelle les expériences faites par Niepce, à Allevard, en 1884, et cite deux observateurs allemands qui les ont répétées sans succès.

« Ce qu'il y a de certain, dit-il, ce que je puis affirmer après une longue expérience, c'est que pas un phthisique ne guérit aux eaux sulfureuses. On peut désinfecter le crachat, comme l'a fait Niepce, mais on ne peut pas désinfecter le tissu pulmonaire imprégné de bacilles et le tissu histologique lui-même imprégné. Si on le pouvait, on tuerait le malade.

« Je me prononce avec vigueur contre les injections d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré. On bien elles n'agissent pas assez, on bien elles agissent trop, comme le prouve le fait rapporté par M. Constantin Paul. »

M. Sée passe ensuite en revue les applications thérapeutiques des eaux sulfureuses; on a employé leur action locale pour le traitement de la peau; leur action thermique pour le traitement du rhumatisme.

On a voulu aussi utiliser leur propriété anti-bacillaire, non seulement dans la phthisie, mais encore dans la syphilis.

« Dans la phthisie, elles n'ont d'action que sur la bronchite concomitante. Dans la syphilis constitutionnelle, comment feraient-elles pour tuer le microbe qui est dans le sang. »

En terminant, M. Germain Sée se déclare partisan des microbes, mais adversaire de la thérapeutique anti-microbienne, telle qu'on veut la faire.

« Il faut, dit-il, pour guérir la tuberculose, modifier l'organisme. On a observé que les phthisiques vont mieux quand ils engraissent, il faut les aider à engraisser; il faut prescrire un régime, bon pour le malade et désagréable au bacille. »

REVUE GÉNÉRALE

DE LA NÉPHROTOMIE ET DE LA NÉPHRECTOMIE (1).

L'incision et surtout l'ablation du rein étaient, il y a peu de temps encore, regardées comme une audace chirurgicale que beaucoup de maîtres considéraient comme blâmables; une pareille opinion n'est plus guère admissible aujourd'hui, car des faits nombreux sont là pour justifier ces opérations dans les affections déterminées des reins. Il y a longtemps, il est vrai, qu'on a cité des cas où un chirurgien avait été conduit à enlever un rein; mais toutes ces observations, dans plusieurs desquelles le résultat a été heureux, ont trait à des incidents opératoires survenus, après une erreur de diagnostic, au milieu de manœuvres commencées contre une tumeur qu'on supposait siéger sur un autre organe. C'est Simon d'Heidelberg, qui le premier enleva de propos délibéré, le 2 août 1869, un rein à une femme qui portait une fistule urinaire sus-pubienne. Blâmée en France, au nom « de la saine critique et de l'art » (Nepveu), cette conduite trouva des imitateurs en Angleterre, où Spencer Wells, Thornton, Bennett, May, Lawson Tait, etc., pratiquèrent l'ablation du rein. En Allemagne, Czerny, Bergmann, Langenbucb, Bilbroth, firent aussi des néphrectomies.

Toutes ces observations furent réunies dans un mémoire de Gross qui s'attacha surtout à préciser les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale.

En France, c'est M. Le Fort qui fit la première néphrectomie en 1880; dès l'année suivante, M. Le Dentu pratiqua deux néphrotomies simples; depuis lors les observations se sont multipliées; elles sont dues à MM. Trélat, Verneuil, Péan,

(1) Bibliogr. — *Nephrectomy; its indications and contra-indications*, by Samuel W. Gross (AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES, july 1885). — *Technique de la néphrectomie*, par Le Dentu (REVUE DE CHIRURGIE, 1885, nos 1 et 2). — *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*, par le docteur Azarie Brodeur (Th. de Paris 1886). — 2e Congrès français de chirurgie, 1886.

comme d'aucuns semblent le croire, mais repose essentiellement sur une étude et une connaissance approfondie de l'écorce terrestre.

La seconde partie, consacrée à l'étude des sources minérales et des sources thermales, intéresse plus particulièrement les médecins. L'auteur passe successivement en revue la plupart de ces sources, depuis les eaux faiblement minéralisées jusqu'aux plus fortes, en y comprenant les eaux bitumineuses, les sources de boue, les geysers, les soffionis.

Dans la troisième partie, Mme Meunier étudie l'œuvre géologique des sources. « Les eaux dont nous avons précédemment indiqué le régime, dit-elle, avec leur température parfois si haute et leur composition parfois si complexe, ne peuvent circuler dans l'épaisseur des roches sans y déterminer des réactions variées: désagrégations, dissolutions, précipitations. »

Les sources incrustantes de Saint-Alyr, de Saint-Nectaire, les dépôts accumulés par les eaux d'Hammam-Meskoutine, offrent, entre autres, des exemples de la participation des sources à ce travail géologique.

3° *Les grands fleuves*, par Henri Jacottet. — Après les sources, les fleuves auxquels elles donnent naissance, et qui grossissent ensuite de l'eau fournie par les pluies et par la fonte des neiges. Après des considérations générales sur la circulation des eaux, M. Jacottet conduit le lecteur le long des grands fleuves des différentes parties du monde: le Rhône, le Rhin, le Danube et le Volga pour l'Europe; l'Obi, le Iénisséi, le Hoang-Ho, le Mékong, l'Indus, le Gange, le Tigre, l'Euphrate, etc., parmi ceux de l'Asie; le Nil, le Niger, le Congo, le Zambèze pour l'Afrique; le Missisipi, le Saint Laurent, l'Amazone, l'Orénoque, etc., parmi les grands cours d'eau de l'Amérique; le Morray en Australie. Le passage suivant montre l'esprit qui a dirigé l'auteur dans sa description: « L'étude de chaque fleuve ou de chaque groupe de fleuves a un caractère différent: pour quelques-uns, il faut surtout considérer le rôle qu'ils ont joué dans l'histoire, étudier les grands événements qu'ont vus leurs bords, les cités qu'ils baignent, les avantages qu'ils offrent à la navigation, les travaux faits pour les employer ou pour les vaincre; quant aux fleuves qui n'ont pas d'histoire proprement dite, les accidents de leur cours, l'aspect de leurs rives et des peuples qui les habitent, les épisodes et les progrès de leur découverte sont les seuls éléments de description; mais pour être moins nom-

Lucas-Championnière, Reliquet, etc. Enfin, au mois de janvier dernier, M. Le Dentu publiait dans la Revue de chirurgie un travail important sur la technique de la néphrectomie, où l'on trouvera la plus judicieuse appréciation des procédés proposés jusqu'à présent. Tout dernièrement M. Brodeur soutenait devant la Faculté une thèse sur l'invention chirurgicale dans les affections du rein, ouvrage des plus consciencieux où 327 observations sont rassemblées. Enfin la question fut mise à l'ordre du jour du dernier Congrès français de chirurgie et donna lieu à des communications nombreuses qui permettent, tout au moins, d'affirmer que la néphrectomie est aujourd'hui reconnue et acceptée par la majorité des chirurgiens français.

Nous indiquerons d'abord sommairement, en nous appuyant surtout sur le mémoire de M. Le Dentu, les principales manœuvres que nécessitent l'incision et l'extirpation du rein; puis nous passerons en revue les différentes affections rénales qui sont justiciables de la chirurgie.

On désigne sous le nom de *néphrotomie* l'acte chirurgical dans lequel on pratique une simple incision du tissu du rein pour donner issue à une collection liquide ou à un corps étranger; tandis que par *néphrectomie* on entend l'extirpation complète de la glande. Disons de suite que les premiers temps de la néphrotomie et de la néphrectomie sont sensiblement les mêmes; après que le rein a été découvert, la conduite diffère suivant qu'on veut l'enlever entièrement ou seulement l'inciser.

Deux voies conduisent sur le rein: la région lombaire et la cavité péritonéale; selon que le chirurgien choisira l'une ou l'autre, la néphectomie sera dite lombaire ou extrapéritonéale, ou bien intrapéritonéale et mieux transpéritonéale. La première nous occupera tout d'abord.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la position à donner à l'opéré. Simon (de Heidelberg), propose de placer le malade sur le ventre de façon que la face déborde l'oreiller; conduite généralement blâmée car, outre beaucoup d'autres inconvénients, cette position permet au rein de fuir dans la cavité abdominale. Berg a voulu éviter cette difficulté en plaçant le sujet sur le côté à opérer; mais le chirurgien est ainsi obligé de manœuvrer de bas en haut dans une situation pénible; aussi la plupart préfèrent-ils aujourd'hui mettre le sujet sur le flanc opposé au coté malade. L'accord existe aussi sur le choix de l'instrument et on emploie très généralement le bistouri à l'exclusion du thermo-cautère. On peut faire quelques réserves sous ce dernier rapport, mais ceux mêmes qui se sont servis du thermo-cautère au début, M. Bouilly entre autres, se montrent disposés à l'abandonner pour l'instrument tranchant.

La discussion est, par contre, encore largement ouverte au sujet du nombre, de l'étendue, de la direction des incisions. On peut, avec M. Le Dentu, ranger les procédés en 3 groupes: incisions droites verticales, droites transversales ou obliques, et incisions courbes.

L'incision droite, recommandée par Simon, est pratiquée au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire; elle conduit directement sur le hile; on peut même sentir les apophyses transverses et le muscle psoas; mais elle est un peu courte et elle oblige soit à réséquer une partie du carré des lombes, soit à passer au travers, deux manœuvres qui sont nuisibles pour la réunion profonde immédiate. De plus, étant trop courte, elle oblige à raser la douzième côte en allant à la recherche du rein et expose ainsi à traverser la plèvre. Des variantes existent: Bruns fait une incision à huit centimètres en dehors des apophyses épineuses, résèque une partie de la douzième côte, et arrive non plus sur la face postérieure du carré des lombes, mais sur son bord externe. Deux procédés, un de Czerny, l'autre de Bardenheuer, font porter encore plus en dehors l'incision qui conduit alors en avant de la douzième côte qu'on peut contourner en décollant le péritoine.

Parmi les incisions obliques nous ne citerons que celle que Czerny a adopté définitivement et qui, suivant la douzième côte, prolonge cette direction sur une longueur déterminée par le volume de la tumeur à enlever.

Le procédé de Thornton est celui dont se sont inspirés le plus souvent les chirurgiens quand ils ont voulu faire une incision courbe. Elle consiste à suivre une direction parallèle à la ligne *demi circulaire*, en dehors de cette ligne. De ce procédé, nous rapprocherons celui de M. Trélat qui reporte l'incision un peu en avant, en dehors du muscle droit, pour contourner le péritoine et aborder le rein par son côté externe; c'est le premier temps de la méthode qu'il a appelé *parapéritonéale*.

Enfin beaucoup d'opérateurs ont, de propos délibéré ou poussés par la nécessité, pratiqué des incisions combinées; Czerny fait tomber sur un premier trait vertical une incision

---

breux, offrent-ils moins d'intérêt? La voix de la nature n'est elle pas assez belle sans les notes, trop souvent discordantes, que l'humanité vient y mêler? »

3o *Les paquebots à grande vitesse et les navires à vapeur*, par Maurice Demoulin. Dans ce petit volume l'auteur nous présente un véritable traité de construction navale.

Initier le lecteur aux conditions impérieuses de vitesse, de résistance, de stabilité.... qu'exige un bon steamer était une grande difficulté, surtout sans se lancer dans une étude aride et abstraite. Instruire l'enfant, intéresser l'homme, tel est le double but atteint par M. Demoulin.

Aucun point n'a été oublié; l'auteur nous conduit depuis la coque en construction jusqu'à la salle des machines avec ses différents types de propulseurs. Il développe la question économique d'une façon fort intéressante. Ensuite, il nous montre les différents modèles de paquebots à hélice et à roues, de torpilleurs, de yachts, de navires de transport, etc.

Les deux derniers chapitres sur le calcul de la vitesse et le lancement d'un steamer, quoique tout à fait techniques, n'en offrent pas moins pour tous un grand intérêt.

4o *L'Artillerie*, par M. le colonel Hennebert. — Après l'historique et la description des engins de guerre des anciens (scorpions, catapultes, balistes, trébuchets), l'auteur montre Jules César, Charlemagne, Philippe-Auguste et tous les belligérants jusqu'à la fin du XVIe siècle se servant d'armes à ressorts de bronze, puis à ressorts en acier (arquebuses et arbalètes). La découverte de la poudre par les Chinois et les Maures, vers le milieu du XIIIe siècle, devient l'origine d'une artillerie nouvelle et est encore le principe de l'artillerie moderne.

M. Hennebert décrit les progrès successifs et rapides apportés dans la construction des machines qui utilisent la force expansive de la poudre, depuis les mortiers et les bombardes jusqu'aux bouches à feu les plus modernes. Et, chose pleine d'attrait, il relate l'espèce de canons employée dans les principales batailles de notre histoire nationale, y compris la guerre de 1870. Il initie ensuite le lecteur à tous les détails que comporte la fabrication des canons, des affûts, des projectiles creux et pleins, des artifices d'éclairage, incendiaires et autres. Il traite du service de l'artillerie dans les opérations d'attaque et de défense des places, du service de l'artillerie en campagne, et un chapitre spécial est consacré à l'artillerie de marine.

parallèle à le douzième côte; Morris en pratique d'abord une transversale on oblique et, s'il est nécessaire seulement, divise les téguments jusqu'à la crête iliaque.

Dr E. Desnos.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

I. Recherches expérimentales sur les mouvements péristaltiques et sur l'action des purgatifs, par le docteur J. Hess (*Deut. Archiv für klin. Medicin*, t. XL, fasc 1, p. 93, 1886). — II. Influence de certains agents pharmacologiques sur les vaisseaux périphériques, par le docteur Kobert (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie*, t. XXII, fasc. 1 et 2, p. 77, 1886). — III. La médication par le sublimé paraît être sans influence sur la fièvre typhoïde, par le docteur Glæser (*Deut. Archiv für klin. Medicin (loc. cit.)*, p. 31).

I. Pour étudier l'influence qu'exercent sur les mouvements péristaltiques de l'intestin un certain nombre de purgatifs, Hess s'est servi d'un procédé très ingénieux, imaginé par son maître, le professeur Tappeiner (de Munich), et dont voici une description sommaire :

A travers une fistule stomacale, pratiquée dans le voisinage de l'orifice pylorique, on introduit un doigt d'abord dans cet orifice, puis dans le duodénum (d'un chien). On fait ensuite glisser dans le duodénum un petit ballon de caoutchouc qui, à l'état de moyenne distension, jauge de 20 à 30 centimètres cubes et qui se continue par un tube en caoutchouc portant sur sa face externe une graduation en centimètres de longueur. L'intérieur de ce tube est garni d'un gros fil, qui en empêche la distension. Une fois le ballon introduit dans le duodénum, on verse à travers l'orifice terminal du tube un volume déterminé d'eau, en se servant d'une seringue graduée; puis on applique une ligature près du bout terminal du tube. Quand, sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin, le ballon progresse à travers ce conduit, la graduation inscrite sur la face externe du tube permet de lire la longueur dont le ballon s'est enfoncé. Une fois qu'on veut arrêter l'expérience, il suffit d'administrer à l'animal un lavement (d'amidon), pour provoquer l'expulsion du ballon à travers l'orifice anal. Le séjour du ballon et du tube dans l'intestin n'éveille d'ailleurs aucune manifestation morbide chez l'animal en expérience.

Nous renvoyons au mémoire de l'auteur pour tout ce qui concerne l'étude des mouvements péristaltiques considérés en eux-mêmes, nous bornant à indiquer les résultats des expériences qui ont trait à l'action d'un certain nombre de purgatifs. Les recherches de Hess démontrent que les mouvements péristaltiques sont accélérés quand on injecte dans l'intestin d'un chien du sulfate de soude (25 gr. dissous dans 200 gr. d'eau), de l'huile de ricin (35 gr.), une infusion de séné (80 gr. pour 400 gr. d'eau), de l'huile de croton (7 gouttes); que, d'autre part, une série de purgatifs : sulfate de soude, huile de ricin, calomel, séné, huile de croton, coloquinte, gomme-gutte, ne produisent plus de diarrhée lorsqu'on les empêche de parvenir dans la portion inférieure de l'intestin. C'est ce qui avait lieu lorsque, avant d'injecter le purgatif dans le duodénum de l'animal en expérience, on avait préalablement introduit dans ce conduit le ballon décrit plus haut, suffisamment gonflé pour qu'il oblitérât l'intestin sans le distendre, et en le laissant progresser jusqu'à 80 centimètres au maximum de l'orifice pylorique. Ce résultat, fait remarquer l'auteur, serait facile à interpréter si on étendait à tous les purgatifs la théorie admise pour quelques-uns et qui attribue l'effet diarrhéique à une rétention d'eau dans l'intestin ou à une hypersécrétion sollicitée par la substance purgative.

Si, au contraire, il était prouvé que l'action des substances purgatives est surtout imputable à une exagération des contractions péristaltiques de l'intestin, il faudrait admettre que les mouvements péristaltiques, mis en jeu sur un point déterminé, ne se propagent pas très loin de là, ou que, se propageant à toute la longueur de l'intestin grêle, elles s'éteignent à la naissance du gros intestin, et qu'il faut le contact direct de la muqueuse de ce dernier avec la substance purgative pour que les contractions péristaltiques se continuent jusqu'à l'orifice anal.

II. Les recherches de Kobert ont été faites sur des organes frais (chiens, lapins, moutons, veaux, porcs, chevaux). Les organes suivants ont été utilisés : reins, rate, foie, membres

---

Le volume du colonel Hennebert est un livre de science mise à la portée de tous, livre tout d'actualité, puisqu'à notre époque la domination des nations appartient au peuple dont les canons tonnent le plus fort, le plus vite, et portent le plus loin.

III. — *Bibliothèque ethnologique*. — *Les Aztèques, histoire, mœurs, coutumes*, par Lucien Biart. — Sous le titre de *Bibliothèque ethnologique*, la librairie Hennuyer a entrepris deux séries de publications parallèles dont MM. de Quatrefages et Hamy ont la direction : la première comprendra l'*Histoire générale des races humaines*; la seconde se composera de monographies consacrées à l'*Ethnologie particulière des races humaines* ayant joué un certain rôle dans l'histoire. Le livre très intéressant de M. Lucien Biart sur les Aztèques est le premier volume de la seconde collection.

L'histoire des Aztèques offre un exemple des plus remarquables de la disparition d'une civilisation plus ou moins primitive devant une civilisation plus avancée. Trois siècles et demi à peine nous séparent de l'époque où les Espagnols renversèrent l'empire de Montezuma et, sauf dans le monde des savants, on ignore que le peuple civilisé qui formait ce vaste empire est resté dans un profond oubli. M. Lucien Biart a entrepris de l'en tirer en réunissant en un faisceau les fragments épars de son histoire.

Après un chapitre consacré aux premiers habitants du plateau de l'Anahuac, Mayas, Tarasques, Toltèques, Otomites, Chichimèques, Tlaxcaltèques, l'auteur aborde son sujet en traçant le portrait de l'Aztèque, qui diffère considérablement de celui des petits microcéphales qu'un Barnum quelconque a exhibé il y a une vingtaine d'années. « L'Aztèque, dit il, est de taille moyenne, trapu, avec des membres proportionnés. Dolichocéphale, il a le front étroit, le nez camard, les yeux noirs, la bouche grande, les lèvres charnues et de couleur violacée, les dents blanches, courtes, bien rangées, admirablement enchâssées dans des gencives roses. Les cheveux sont noirs, épais, rudes; la barbe est rare. La couleur de la peau est terne, cuivrée, moins foncée à la paume des mains et sous la plante des pieds. Les hommes de cette race sont, étant données nos idées d'esthétique, plutôt laids que beaux. Les femmes, dont les traits ont plus de délicatesse, sont souvent jolies à l'heure de la puberté; mais leurs formes deviennent promptement massives. Les deux sexes ont un caractère commun : la petitesse des extrémités.

inférieurs, totalité de l'arrière-train, pieds, intestin, utérus. Les expériences ont consisté à entretenir dans ces organes, dont les éléments anatomiques n'étaient pas encore frappés de mort, une circulation artificielle, en utilisant comme liquide le sang d'un animal de la même espèce, et en se plaçant dans des conditions aussi semblables que possible de l'état normal (pour les détails, voir l'original). En mélangeant à un moment donné une substance médicamenteuse ou toxique au sang qui traversait les vaisseaux de l'organe utilisé pour une expérience, on pouvait se rendre compte, d'après les modifications qui survenaient dans l'écoulement du sang, de l'influence exercée par cette substance sur le calibre des vaisseaux. Voici les résultats annoncés par Kobert :

Le chlorure de sodium, ajouté au sang en faibles proportions, n'influence pas la circulation artificielle entretenue dans les muscles de l'arrière-train ; en mélangeant le sang à parties égales avec la solution de chlorure de sodium dite physiologique, l'écoulement sanguin diminuait rapidement, cessait même parfois. Mais ce résultat serait dû exclusivement à la dilution du sang et peut être obtenu en étendant le sang avec une autre solution indifférente, qui n'altère pas la constitution de ce liquide. Agissent à la façon du chlorure de sodium : l'urée, la matière glycogène, la glycose, la créatine, le phosphate neutre de soude, le bromure et le fluorure de sodium.

La quinine, la cinchonine, la chinoline, la leucoline, le salicylate de soude ont produit une accélération circulatoire ; la résorcine n'a donné ce résultat qu'à très forte dose ; l'hydrochinon et l'antipyrine se sont comportés d'une façon absolument indifférente ; l'acide phénique a paru diminuer l'écoulement du sang.

L'action vaso-dilatatrice attribuée par Maragliano à l'antipyrine, a fait défaut dans les expériences de Kobert.

La kairine, le ferrocyanure de potassium, le nitrite de potasse, le nitrite d'amyle et l'isopropylnitrite accélèrent la circulation et en même temps provoquent la formation d'une grande quantité de méthémoglobine. L'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, l'acide cyanhydrique, qui exercent une action délétère sur l'hémoglobine, accélèrent également le cours du sang. Il en est de même de l'acide chlorhydrique ; par contre, le chloroforme et l'alcool n'influencent pas la vitesse du cours du sang. Il en est de même de l'uréthane, tandis que d'autres narcotiques, la paraldéhyde, l'acétal, le chloral, la morphine, l'extrait d'opium accélèrent la circulation.

La pilocarpine ralentit le cours du sang. La cocaïne, l'ergotinine, ont été trouvées indifférentes, ainsi que l'arsenic, la strychnine, la nicotine. La curarine produit une dilatation vasculaire.

Les sels doubles de fer (à hautes doses), de platine, de bismuth, d'antimoine, de manganèse accélèrent le cours du sang. Les sels de mercure et de cuivre produisent l'effet inverse, ainsi que le bromure, l'iodure et le carbonate de lithine. Le carbonate de soude, en augmentant l'alcalinité du sang, active la circulation de ce liquide. L'effet inverse est obtenu quand on diminue l'alcalinité du sang, au moyen de l'acide sulfurique, par exemple.

Les huiles essentielles, térébenthine, menthe poivrée, anis, moutarde, accélèrent la circulation.

Même résultat avec l'atropine et la substance atropique des champignons, tandis que la muscarine, comme la pilocarpine, a une action inverse.

Le chlorure de baryum, la physostigmine, la vératrine, l'antiarine, la sabadilline, l'olléandrine, l'apocynine, la scillaïne, la convallamarine, l'érythrophléine, la digitaline de Schmiedeberg et l'helléboréine ont exercé une action constrictive si marquée, quel que fût l'organe sur lequel on expérimentât, qu'il paraît tout naturel d'admettre que cette action entre également en jeu sur le vivant. Vu la différence d'intensité sur les vaisseaux des deux systèmes circulatoires du foie, Kobert conclut que cette action vaso-constrictive des substances du groupe de la digitaline s'exerce primitivement sur les éléments musculaires des vaisseaux, comme il arrive pour l'action qu'elles exercent sur le cœur.

III. Il y a environ dix-huit mois, nous avons signalé à cette place une publication d'un médecin de Berlin, M. Kalb, relative au traitement de la fièvre typhoïde par les frictions mercurielles ; au dire du médecin berlinois, il ne s'agissait de rien moins que d'une médication abortive, appréciation que nous avons accueillie avec un point de doute. A quelque temps de là, un autre médecin de Berlin, M. Greiffenberger (Berliner klin. Wochenschrift, 1885, n° 38), faisait connaître les résultats qu'il avait obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde par le sublimé administré à l'intérieur (0 gr.05 de

---

... « Grave, taciturne, l'Aztèque manque d'expansion, et son impassibilité touche parfois à l'indifférence. Il est brave, patient, et supporte la souffrance physique avec un stoïcisme souvent admiré. Sa femme, laborieuse, tendre, dévouée, a le sentiment maternel très développé ; au point de vue intellectuel, elle se montre égale, sinon supérieure à son mari. »

Dans les chapitres suivants, M. Lucien Biart décrit l'histoire des Aztèques depuis leurs premières migrations jusqu'à la conquête espagnole, leur mythologie particulière, leurs idoles, leur culte, leur constitution politique, leur organisation civile, leur système d'éducation, leur législation, leurs institutions militaires, leur industrie, leur langue et leur culture des arts. L'ouvrage se termine par un tableau des noms des principales divinités de la mythologie atzèque et par une table analytique fort étendue qui constitue un excellent complement du texte.

IV. — *Les mémorables aventures du docteur J.-B. Quiès*, par Paul Céliéres. — « Ce livre, dit l'auteur dans une courte préface, n'est qu'une fantaisie. » Plus loin, il ajoute : « On ne me soupçonnera pas, j'aime à le croire, d'avoir voulu tourner en ridicule la science et les savants.

« J'admire passionnément l'une, je respecte profondément les autres, et je déclare que je n'ai pas eu — fût-ce une minute — la pensée de porter atteinte à leur légitime prestige.

« Me rappelant que « tous les genres sont bons, hors le genre ennuyeux », je n'ai eu d'autre intention que de pas ennuyer mes lecteurs. »

Nous pouvons ajouter que M. Célieres a parfaitement atteint son but.

Dr F. de Ranse.

École de médecine de Toulouse. — M. le docteur Charpy, chargé des fonctions de chef des travaux anatomique à la Faculté de médecine de Lyon, est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Toulouse.

M. Charpy est chargé, en outre, à ladite Ecole, de fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologique

sublimé dissous dans 200 grammes d'eau, à prendre toutes les heures ou toutes les deux heures une cuillerée à bouche). Quarante malades, soumis à ce traitement, ont tous guéri, tandis que, sur une série de 13 malades traités différemment, 3 sont morts. Greiffenberger attribuait, en outre, à la médication par le sublimé, une influence antithermique très puissante.

Il y avait là de quoi combler d'allégresse ceux qui ne voient plus en médecine que le bacille et qui rêvent de mettre la médication parasiticide à toutes les sauces.

M. Glæser, médecin en chef de l'hôpital général de Hambourg, sans se laisser éblouir par les résultats qu'avait annoncés M. Greiffenberger, a voulu cependant faire un essai loyal du traitement de la fièvre typhoïde par le sublimé. Cet essai n'a pas donné des résultats très satisfaisants. Un premier malade, âgé de 25 ans, qui avait contracté un chancre induré à la verge, quatre mois avant d'être atteint de la fièvre typhoïde, fut soumis à des frictions mercurielles (6 grammes d'onguent gris chaque jour en six fois), et mourut en pleine période d'état; à l'autopsie, on trouva du côté de l'intestin les ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoïde, et sur le gland une cicatrice de chancre; d'autres lésions syphilitiques, point.

Vingt-trois autres typhiques traités par le sublimé ont fourni un contingent de 5 cas décès, ce qui donne une mortalité de 21 pour 100. Chez 4 de ces malades, la défervescence s'est manifestée avant le 19me jour de la maladie (13me, 15me, 16me, 19me). La médication par le sublimé avait été instituée chez ces malades le 6me (chez deux), le 8me et le 10me jour de la maladie. Chez deux autres malades, qui n'ont pas été traités par le sublimé, la défervescence est survenue le 15me et le 16me jour.

Chez 6 des malades traités par le sublimé, la température a regagné le niveau physiologique du 20me au 23me jour; chez les 8 derniers, beaucoup plus tard.

La médication n'a pas eu sur l'état de la langue l'influence que lui prête Greiffenberger. Elle n'en a pas eu davantage sur la roséole, sur la durée moyenne de la maladie, sur les chances moyennes de récidive. La médication est inoffensive; c'est tout ce que lui concède Glæser.

Le travail du médecin de Hambourg est d'ailleurs empreint d'un grand esprit de sagesse. Avec juste raison, Glæser fait remarquer que les statistiques de l'importance de celle de Greiffenberger ne peuvent absolument rien prouver; que si ce dernier, au lieu d'expérimenter sur 40 typhiques, en avait traité 400 par le sublimé, il aurait probablement constaté des résultats bien différents; qu'il entre difficilement dans l'esprit de se représenter le sublimé, administré aux doses susdites, comme exerçant une action parasiticide Car 0,05 de sublimé dissous dans 200 grammes d'eau et noyé dans une quantité de sang qui, chez l'homme adulte, est au minimum 5000 c. c., cela équivaut à une solution au 1/104,000, dont l'influence sur les bacilles peut être considérée comme nulle.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

III. Dictionnaire des aliments et des boissons en usage dans les divers climats et chez les différents peuples, par A.-F. Aulagnier, 3e édition, revue et publiée par F.-M.-Adolphe Aulagnier fils, médecin principal des armées en retraite, Paris, 1885, in-8, 887 pages, G. Masson. — IV. Étude clinique sur les causes prédisposantes de la phthisie pulmonaire, par le Dr Spyridon Jean Canalis (en grec), Athènes, 1886, in-8, 38 pages. — V. De l'Ignium ou le magnétisme animal, par le Dr Bayonne, Auch, 1884, in-8, 107 pages.

Suite. — Voir le précédent numéro.

III. Le *Dictionnaire des aliments et des boissons* devrait se trouver non seulement dans la bibliothèque de tous les médecins, mais encore dans celle de tous les gens instruits. C'est un ouvrage des plus utiles à consulter, des plus attrayants à parcourir. Il est le premier des dictionnaires complets de ce genre, et témoigne, sans conteste, de la part de son auteur, d'une connaissance parfaite de l'hygiène alimentaire, de l'hygiène générale, de l'histoire naturelle, etc. Chaque aliment, viande, fruit, légume, poisson, vin, gâteau, bonbon, etc., outre son usage, ses avantages et ses inconvénients, est précédé d'une partie historique intéressante. On ne peut analyser un dictionnaire; mais feu le docteur Aulagnier fils, en corrigeant et augmentant cette troisième édition, afin d'obéir au désir de son père mourant et pour honorer sa mémoire, n'a pas seulement obéi à un pieux souvenir, il nous a donné un très bon livre.

IV. Si j'ai bien compris l'ouvrage de M. Canalis, il y a deux sortes d'hérédités à considérer dans l'étiologie de la tuberculose. L'une est une hérédité de terrain; elle est anatomique sans doute; l'autre est une hérédité des conditions de la genèse de la tuberculose. Il n'y a pas, dit l'auteur, de transmission directe du microbe de Koch, puisque les cas de mort sont peu fréquents dans le premier âge, mais transmission des conditions fâcheuses d'éclosion de tuberculose. Mais pourquoi ne pas simplifier et dire qu'il y a hérédité de terrain, tout disposé, le cas échéant, pour le développement de cette affection?

L'auteur étudie ensuite l'influence des conditions hygiéniques, l'air, le climat, la nutrition. Il est d'avis que la tuberculose et la scrofule sont deux affections distinctes, contrairement à l'opinion de quelques auteurs modernes; la scrofule prédispose d'ailleurs à la tuberculose, de même que la phthisie.

Dans le dernier chapitre de son mémoire, M. Canalis s'occupe de l'antagonisme signalé de la tuberculose pour d'autres maladies, les fièvres paludéennes, par exemple, l'asthme. Il nie cet antagonisme, ayant vu à Athènes des fiévreux de longue date devenus phthisiques. Quelques auteurs ont pensé que des hémoptysies prolongées conduisaient à la phthisie tuberculeuse; il n'en est rien, au moins chez les plongeurs des îles Hydra et Sepsaï, qui sont hémoptysiques de profession, sans jamais devenir tuberculeux.

V. Le travail de M. le docteur Bayonne est tout à fait original. Je laisse parler l'auteur en copiant ou paraphrasant un passage :

Le fer dans le sang se présente sous deux formes : l'une à l'état de sesquioxyde de fer dans le sang artériel, l'autre à l'état de carbonate de fer dans le sang veineux. Le premier, c'est le pôle positif en contact avec des substances musculaires ou osseuses chargées des produits de la combustion vitale ou pôle négatif, donnant lieu, par endosmose et exosmose, à une manifestation appelée assimilation. D'où action chimique de décomposition, qui a dégagé une certaine quantité d'électricité

ou de magnétisme animal. C'est pendant ce dégagement précis que les radicules du grand sympathique reçoivent l'impulsion vitale. C'est dans ce moment que se produit l'étincelle magnétique animale et que se produit l'*ignium*, c'est-à-dire l'impression sympathique.

Sur ces données, M. Bayonne nous donne, entre autres, une théorie de l'acte de la copulation dans lequel les « deux réophores magnétiques humains ferment le circuit de la pile magnétique. » L'auteur indique des expériences à faire pour constater l'existence du magnétisme chez l'homme et chez les animaux, et, si ces expériences réussissaient, l'on pourrait constater le sexe de la progéniture au moment de la fécondation. Ce serait, à coup sûr, une des grandes conquêtes de la physiologie, en dépit des travaux déjà considérables publiés sur ces deux questions qui, depuis longtemps, ont le privilège de passionner les esprits. L'existence des faits connus sous le nom de magnétisme animal paraît aujourd'hui réalisée, au moins pour un certain nombre d'entre eux; la connaissance du sexe dans le sein maternel est moins avancée. Mais, dans l'état actuel des choses, peut-être est-il préférable d'ignorer tout d'abord cette partie de l'état civil de sa progéniture, à en juger par les antipathies qui, dans certaines familles, chez certains peuples, éclatent parfois au moment de la naissance des enfants. Sérieusement, il y a là un mystère, et je ne m'oppose si peu à ce que notre confrère M. Bayonne le découvre, que je lui communiquerai quelque jour l'histoire assez curieuse de cette partie, je ne dirai pas de nos connaissances, mais de nos ignorances sur le sujet.

Dr A. Dureau.

Notes cliniques sur quelques maladies des enfants, par E. Revilliod.

Sous le titre modeste qui précède, M. Revilliod expose le résultat de ses recherches personnelles dans les hôpitaux consacrés aux maladies de l'enfance. C'est donc moins un travail original qu'un recueil de faits utiles à consulter, et qui, par le soin et la sincérité avec lesquels ils ont été recueillis, forment autant de documents précieux pour la pathologie infantile. L'étude de la fièvre typhoïde, celle de la pneumonie et de la broncho-pneumonie, de la tuberculose, etc., etc., forment le sujet d'autant de chapitres où l'auteur consigne simplement les remarques que lui a suggérées son observation personnelle. A propos de la pneumonie, dont l'existence dans le premier âge a été contestée, il se prononce affirmativement, tout en reconnaissant sa rareté relative. Il insiste aussi sur la rapidité de la résolution qui est la règle, et qui, lorsqu'elle fait défaut, est de nature à faire naître des doutes sur l'intégrité du poumon sous-jacent, la pneumonie n'étant alors le plus souvent que la manifestation d'une tuberculose préexistante.

La broncho-pneumonie est une affection trop connue maintenant dans ses lésions et dans ses formes cliniques pour qu'une description, si minutieuse qu'elle soit, puisse être autre chose qu'une répétition des descriptions devenues classiques. L'auteur s'est attaché surtout à faire ressortir les caractères et la gravité de la broncho-pneumonie diphthéritique, cette complication si fréquente d'une maladie déjà si grave par elle-même. D'après lui, elle se montrerait plus souvent dans le croup que dans toutes les autres formes de la diphtérie. De même pour la méningite tuberculeuse, à l'occasion de laquelle il se borne à signaler les phénomènes qui lui ont paru le plus saillants ou d'une interprétation particulièrement difficile, comme le tremblement et le nystagmus observés parfois au début, le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, etc.

Mentionnons encore les considérations relatives à la symptomatologie des tumeurs cérébrales chez les enfants et l'observation intéressante par sa rareté d'un cas de ramollissement cérébral par oblitération artérielle spontanée.

Un dernier chapitre est consacré à l'étude de la néphrite chez les enfants. La forme interstitielle y est présentée comme très rare, à l'inverse de la néphrite parenchymateuse on diffuse qui est la forme habituelle. L'influence étiologique du froid, la rareté et le peu d'abondance des œdèmes viscéraux y sont indiqués comme il convient.

Un tableau statistique très complet termine ce consciencieux travail, qui sera lu avec profit par tous ceux que séduisent les difficultés de la médecine infantile.

Dr P. M.

BULLETIN

Aperçu critique sur la réforme de la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés

Suite. — Voir le numéro précédent.

La base essentielle du nouveau projet réside dans le transfert au pouvoir judiciaire des attributions accordées par la loi de 1838 à l'autorité administrative et aux médecins dans les placements des aliénés. Aux termes de la loi nouvelle, en effet, tout placement d'aliéné, volontaire ou d'office, n'aurait d'abord qu'un caractère provisoire et ne deviendrait défintif qu'après un jugement du tribunal en chambre du Conseil. C'est là, on peut le dire, une reforme capitale, car elle tranche le principe même du débat, en faisant du magistrat l'arbitre souverain du placement et des destinées de l'aliéné.

Voici d'ailleurs sur quelles dispositions législatives cette réforme est établie, et quel est, en pratique, le mécanisme de son fonctionnement.

A côté des mesures de surveillance des aliénés, prescrites par la loi de 1838, et qui se trouvent intégralement maintennes, (visites du juge de paix, du procureur de la République, du président du tribunal, du maire, des inspecteurs généraux, de la commission de surveillance, etc.), le projet soumis au Sénat organise deux institutions nouvelles, d'une importance capitale. L'une (art. 11) consiste dans la création dans chaque département d'une *Commission permanente des aliénés*, composée de sept membres dont un docteur en médecine, son secrétaire; l'autre (art. 15) crée, près le ministre de l'intérieur, un *Comité supérieur des aliénés*, composé également de sept membres, auxquels sont adjoints les inspecteurs généraux du service des aliénés. La commission permanente a pour mission, indépendamment des attributions spéciales qui lui sont conférées par divers articles de la loi, de visiter les établissements publics ou privés d'aliénés, de donner son avis sur toutes les questions relatives aux aliénés de sa circonscription, en ce qui concerne la protection de leur personne et la défense de leurs intérêts, leur placement et leur maintenue dans les asiles publics et privés, leur sortie de ces asiles et leur patronage après leur sortie, leur séjour et les

soins dont ils sont l'objet dans les quartiers ou locaux d'observation et de dépôt établi en dehors des asiles ou dans les domiciles privés. Le comité supérieur, lui, est chargé de coordonner les documents transmis par les préfets, d'examiner les rapports des commissions permanentes des départements, de constituer, à l'aide des documents transmis, un répertoire général des aliénés, de dresser la liste des candidats aux emplois de médecin en chef, secrétaire des commissions départementales, de donner son avis sur les constructions, traités, tarifs de journée des asiles publics, autorisations aux asiles privés, enfin, de présenter, chaque année, au ministre de l'intérieur, un rapport général qui est publié au JOURNAL OFFICIEL et distribué aux Chambres.

Voici maintenant, étant données ces dispositions préliminaires, comment s'effectuent les placements volontaires et d'office :

Les formalités requises pour les placements volontaires sont, comme avec la loi de 1838, et à part quelques modifications de détail : 1° une demande écrite de la famille ; 2° un certificat médical détaillé et circonstancié, qui devient un *rapport* au procureur de la République ; 3° l'acte de naissance, de mariage ou toute autre pièce d'identité.

Les malades ainsi admis ne le sont qu'à *titre provisoire*, et sont, en conséquence, placés dans un *quartier spécial d'observation*, séparé des autres parties de l'établissement. Le directeur adresse immédiatement le bulletin d'entrée du malade avec le certificat de vingt-quatre heures au préfet, qui le transmet sur le champ : 1° au secrétariat de la commission permanente ; 2° au procureur de la République du domicile de l'aliéné ; 3° à celui du lieu de l'établissement. Dans les *cinq jours* de la réception de ces pièces, deux membres de la commission permanente dont le médecin-secrétaire, doivent visiter la personne placée. Dans le même délai, le procureur de la République ou le juge de paix délégué par lui, assisté ou non d'un médecin, est tenu également d'interroger l'aliéné. S'il le juge nécessaire, il procède en outre ou fait procéder, au domicile du malade, à une enquête sur sa situation de famille et ses antécédents, ainsi que sur les circonstances d'où est résulté son placement.

Aussitôt ces formalités accomplies, le procureur de la République adresse ses réquisitions écrites avec les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine et l'avis de la commission permanente, au tribunal. Le tribunal statue d'urgence, en chambre du Conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée. Sa décision, dont notification est faite sur le champ au préfet et au chef responsable de l'établissement, a lieu dans les *vingt jours*, à partir du placement provisoire, à moins que la chambre du Conseil, estimant qu'elle n'est pas suffisamment éclairée, ne déclare, par un jugement motivé, qu'elle surseoit à sa décision pendant un délai qu'elle fixe dans le jugement.

Dans les placements d'office, le préfet de police à Paris, les préfets dans les départements, comme cela a lieu avec la loi de 1838, ordonnent d'office, après attestation médicale dûment établie, le placement des aliénés compromettant la sécurité, la décence et la tranquillité publiques, ou leur propre sécurité. En cas de danger imminent, attesté par un certificat médical ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, les maires dans les autres communes, font conduire directement les aliénés dans l'asile départemental, à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statue sans délai.

Les placements ainsi effectués ne sont que provisoires, et toutes les dispositions que nous avons énumérées précédemment à propos des placements volontaires (art. 20 et 21) leur sont applicables.

Comme on le voit, en somme, au milieu de cette procédure compliquée, c'est toujours le magistrat qui juge en dernier ressort, qu'il s'agisse du placement volontaire ou du placement d'office.

Une pareille réforme, qui modifiait si profondément l'esprit et le but de la loi, en concentrant toute l'autorité entre les mains du pouvoir judiciaire, ne pouvait évidemment être adoptée sans contestation. Déjà, dans le sein même de la commission, une minorité imposante s'était formée, décidée à revendiquer les droits et les prérogatives de la science médicale, et, malgré la décision finalement prise, le regretté docteur Brugerolles se préparait à venir défendre cette thèse à la tribune. Ce qu'il n'a pu faire, d'ailleurs, des hommes éminents comme MM. Combes et Testelin l'ont fait à sa place, avec une rare compétence, et le débat qui a eu lieu sur ce point capital de la loi a été, on peut le dire, des plus élevés et des plus sérieux. En formulant en quelques mots l'opinion qui m'est personnelle, j'aurai du reste occasion de reproduire des arguments ainsi que des fragments du discours de ces deux orateurs, et en particulier de celui de M. Combes, qui constitue, à mon sens, ce qui a été dit de plus logique, de plus sensé et de plus exact dans le cours de la discussion tout entière.

Une question de principe se pose tout d'abord. A quelle autorité, à quel pouvoir appartient-il de statuer définitivement sur l'admission des malades dans les asiles d'aliénés, ou, ce qui revient au même, qui donc a compétence pour déclarer avec certitude si le sujet qu'on enferme est réellement fou ? Poser la question, c'est la résoudre ; car, la folie est une maladie, et c'est au médecin seul, par conséquent, qu'il appartient de se prononcer sur son existence, et sur la nécessité de l'internement comme traitement approprié.

Il est vrai qu'en matière de médecine, et surtout en matière de folie, chacun croit souvent en savoir assez pour se conduire, et d'éminents esprits ont soutenu, comme on le sait, cette thèse, qu'il suffisait d'avoir du bon sens et de la raison pour juger si un individu était, ou non, sain d'esprit. Or, c'est là une véritable hérésie dont le bon sens lui-même, qu'on invoque si mal à propos, a fait justice ; car si la médecine en général est un art qui ne s'acquiert qu'aux prix de longs et consciencieux efforts, on peut dire que la médecine mentale en est une des branches les plus délicates et les plus compliquées. « Ce n'est pas, comme dit M. Combes dans son remarquable discours, ce n'est pas au bon sens, ce n'est pas à la raison droite que vous vous remettriez vous-mêmes du soin de guérir votre fluxion de poitrine, ou de vous délivrer du choléra. Pourquoi ? C'est parce qu'aucun de vous n'ignore que pour avoir seulement une teinture un peu convenable de la médecine, de longues études sont requises, des études qui s'étendent à des branches nombreuses et difficiles des connaissances humaines. Or, je le dis hautement, et je ne crains pas d'être démenti par les médecins ici présents, la médecine mentale est une science hérissée de difficultés et d'obstacles, même pour le médecin ordinaire, pour celui qui ne s'est pas spécialement consacré à ce genre d'études. Ce

n'est qu'en tremblant, c'est avec une extrême hésitation, c'est avec une absolue défiance de lui-même qu'il aborde ces sujets quand il lui arrive d'y être requis par la justice.

« Ici, le bon sens et la raison sont des boussoles impuissantes. La médecine mentale seule a le privilège de diriger le médecin à travers les écueils dont elle est hérissée et de le conduire sûrement au port.

« Messieurs, votre commission était trop bien composée pour contester ce privilège médical; elle l'a toujours avoué : elle l'a expressément reconnu par la plume de son savant rapporteur; mais, par un illogisme que je ne puis m'empêcher de critiquer, et qu'en l'absence de toute argumentation suivie je suis porté à rattacher à une sorte de timidité d'esprit ou peut-être et plutôt à une certaine pression venant de l'extérieur, à une pression ayant son point de départ dans un courant erroné d'opinion, elle a reculé devant les déductions logiques du principe qu'elle avouait, et, au lieu d'adjuger à la médecine mentale l'aliéné comme son sujet naturel, l'internement comme son droit et sa prescription légitime, elle en a fait une attribution d'ailleurs assez indécise, d'un pouvoir fort étranger de sa nature aux matières médicales, du pouvoir judiciaire. »

Et plus loin, résumant son opinion en quelques mots, le même orateur ajoute, avec beaucoup de force et de justesse : « Permettez-moi de poser une dernière fois la question avec netteté : elle sera résolue par cela même. Voici un homme suspect qu'on propose d'enfermer; qui devra prononcer sur son sort? La magistrature ou la médecine? La magistrature s'il est suspect de délit ou de crime; la médecine s'il est suspect de maladie.

« Le partage des attributions est manifeste; le sophiste le plus hardi perdrait sa peine à le contester. Confier à la magistrature l'examen d'un aliéné, c'est commettre la même erreur que de transférer à la médecine la poursuite et le jugement d'un criminel. »

Il me semble qu'il n'y a pas grand chose à ajouter à des arguments aussi décisifs.

Mais, dira-t-on, dans le placement d'un aliéné, il s'agit d'internement, de séquestration, et la magistrature a seule le droit de se prononcer sur la détention d'un citoyen. Cette objection pourrait avoir une réelle valeur s'il s'agissait d'une détention véritable, d'un emprisonnement. Mais lorsque l'internement n'est autre chose qu'une mesure de traitement, un agent thérapeutique, que peut-il avoir de commun avec la compétence et l'autorité d'un juge? « Vous dites, s'écriait fort justement M. Testelin, dans la discussion, prenez garde! Vous allez donner à l'autorité administrative le droit de séquestrer un citoyen! — Est-ce que c'est seulement en cas d'aliénation mentale que ce fait se produit? Avez-vous oublié les lois sur les épidémies et sur les quarantaines? — J'arrive de Vienne, où règne le choléra. A la frontière, on me dit : Pardon! le droit de circulation existe; mais, comme vous venez d'un pays contaminé, vous ne circulerez pas Puis : Vous circulerez après avoir été interné dans un lazaret; vous y resterez le nombre de jours qui nous conviendra! De plus, je tombe malade dans le lazaret. Est-ce qu'on va aller chercher le tribunal pour décider que la maladie est le choléra ou une maladie contagieuse quelconque? — *M. Mazeau.* Mais ce sont des mesures de police. — *M. Testelin.* Ce sont des mesures de police? Eh bien, quant aux aliénés, ce sont des mesures de police aussi. Les aliénés produisent des désordres publics; ils commettent souvent des outrages à la morale publique; ils compromettent la sécurité des citoyens; la situation est exactement la même. »

Dr E. Régis.

(A suivre)

Erratum. — Dans notre dernier Bulletin, page 621, 1re colonne, 9e ligne, au lieu de *bons persécuteurs*, lire : *fous persécuteurs*.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1886, la chaire de médecine expérimentale et comparée est déclarée vacante.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Palmarès de 1885-1866.* — Prix de la Faculté de médecine. — Première année, prix : M. Mongour; mention honorable : M. Baudet.

Deuxième année, prix : M. Dumur; mention honorable : MM. Lespinasse et Durand.

Troisième année, prix : M. Kuzmierski.

Quatrième année, prix : M. Viéron.

Prix du Conseil général : M. Vincent.

Prix Godard. — Prix des docteurs stagiaires : M. Denucé. — Prix des thèses de l'année : M. Denucé. — Médaille d'or : M. Nabias. — Médaille d'argent : M. Cassaët. — Médailles de bronze : MM. Aubin Berjon, Biar, Delom, Facieu, Guérin, Pillot, Rabaine, Sengensse, Treille.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Guillemin est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de suppléant de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Tours. — M. Brisonnet, licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans suppléant des chaires de physique et de chimie.

Institut Pasteur. — Dans sa séance du mardi 22 décembre, le Conseil municipal a voté la location pour quatre-vingt-dix-neuf ans d'un terrain de 2,500 mètres attenant au terrain déjà concédé à l'Institut Pasteur. Ladite location est consentie moyennant un prix annuel de 4 fr. par mètre.

A l'expiration du bail, toutes les constructions, de quelque nature qu'elles soient, édifiées sur ledit terrain, feront retour à la ville de Paris, sans que les occupants aient droit à aucune indemnité, à quelque titre que ce soit.

Le bail sera résilié sans indemnité pour la valeur des constructions, dans les cas de résolution anticipée prévus dans la concession gratuite antérieurement consentie.

Epidémies. — Une épidémie de fièvre typhoïde sévit à Valence. On compte jusqu'à présent de 4 à 500 cas au minimum (pour une population de 20,000 âmes), allant des simples états muqueux jusqu'aux véritables fièvres ataxo-adynamiques Celles-ci sont les plus rares, et la mortalité paraît faible.

— La rougeole et la scarlatine sévissent épidémiquement dans un grand nombre de villes et de villages de la Hollande.

— La variole sévit avec intensité dans le quartier d'Eghri-Capou à Constantinople; peu de maisons ont été épargnées Il y a eu déjà 45 décès.

Hopitaux de Paris. — Par suite du décès de M. le docteur Gillette, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier dans le personnel des chirurgiens des hôpitaux de Paris: M. le docteur Monod passe de l'hospice des Incurables à l'hôpital Saint-Antoine, et M. le docteur Blum, du Bureau central, à l'hospice des Incurables.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 19 AU SAMEDI 25 DÉCEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 28.—Variole 5 — Rougeole 49 — Scarlatine 5. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 2 — Autres affections épidémiques 0.— Méningite (tubercul. et aiguë) 26. — Phthisie pulmonaire 193.— Autres tuberculoses 16.—Autres affections générales 66 — Malformation et débilité des âges extrêmes 36. — Bronchite aiguë 43 — Pneumonie 81. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 33. — au sein et mixte 34 — Inconnu 1 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101.— de l'appareil circulatoire 72. — de l'appareil respiratoire 76 — de l'appareil digestif 37 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 12 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 15 — Causes non classées 20. — Total de la semaine : 1.026 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, professées à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année 1885, par Ch. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, recueillies par le docteur P. Le Gendre, chef de clinique adjoint de la Faculté. Un volume grand in-8. — Prix : 8 francs. — Paris, 1887, librairie F. Savy, 77, boulevard Saint-Germain.

Eléments figurés du sang, anatomie et physiologie, par le docteur G. Variot. Un vol. grand in-8 de 150 pages, avec 2 planches hors texte. Prix : 4 fr. — Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'arthrotomie, par le docteur A. Jalaguier, professeur agrégé de la faculté de médecine. — Un beau vol. in-8° de 250 pages et 7 tableaux, 5 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

La saignée d'Hippocrate, par le docteur P.-M. Bechaux, de Montluçon, médecin en chef de l'hôpital de Montluçon, etc. Un vol. in-18 jésus de 280 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels, par le docteur René Duzéa. Un vol. grand in-8 de 100 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

M. le docteur Paul Regnard publie à la librairie Plon un volume des plus curieux sur les *Maladies épidémiques de l'esprit* : sorcellerie, possession, magnétisme, hystérie, somnambulisme, hypnotisme, morphinisme, aberrations causées par l'opium et l'éther, monomanies, délire des grandeurs, y sont étudiés d'une façon à la fois très scientifique et très pittoresque, dans un style aussi élégant que précis. Un grand nombre de gravures accompagnent le texte et en appuient d'une façon saisissante les descriptions et les arguments.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'OPPORTUNITÉ DE LA SUTURE DANS LE CAS DE PLAIES DE L'INTESTIN PAR ARMES A FEU,

par M. LE DENTU, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Une commnnication récente de M. Pozzi a soulevé au sein de la Société de chirurgie une question du plus haut intérêt, qu'on peut formuler ainsi : Faut-il, en cas de plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu et de lésion probable de l'intestin, faire la laparatomie, rechercher et suturer les plaies de l'intestin ? (1).

La discussion qui s'en est suivie entre M. Trélat, partisan de l'intervention, MM. Verneuil et Berger, qui ont fait de sérieuses réserves, a révélé de suite le désaccord qui existe entre les chirurgiens sur ce point très difficile de thérapeutique. On peut comparer le double courant d'idées qui nous divise à celui qu'ont fait surgir toutes les discussions relatives au traitement de l'obstruction intestinale, à cela près que, lorsqu'il s'agit de cette dernière, il y a à choisir entre l'opération palliative de l'anus artificiel et la laparatomie, tandis que, dans le cas de plaie abdominale, la comparaison doit se faire entre l'abstention pure et simple et l'action opératoire consistant dans l'ouverture du ventre, la recherche et la suture des plaies intestinales.

Ce qui justifie ce rapprochement, c'est que dans les deux cas les causes d'hésitation sont les mêmes. Elles se réduisent à deux principales : l'incertitude du diagnostic et l'incertitude du résultat.

Dans la principale des discussions soulevées à l'occasion du traitement de l'obstruction intestinale, et dans un travail déjà ancien qui avait précédé de longtemps ces discussions, je m'étais rallié au principe de la laparatomie, sous la condition que les circonstances du cas eussent fourni quelques indications précises ou un commencement de diagnostic.

Je dirai de même, à l'occasion des plaies pénétrantes de l'abdomen : La laparatomie peut être acceptée en principe ; elle peut être légitimement pratiquée, mais il reste à établir dans quelles conditions et surtout avec quelles chances de succès.

Si un blessé s'est trouvé jamais dans de bonnes conditions pour guérir, c'est bien celui que M. Pozzi a opéré avec l'assistance de M. Trélat Il avait pour lui son jeune âge, la hâte de l'intervention, un milieu convenable, l'application rigoureuse de l'antisepsie, sans parler de l'habileté des opérateurs, et cependant il a succombé avec les signes d'une péritonite

(1) « Plaies multiples de la vessie et de l'intestin grêle par balle de révolver (calibre un peu supérieur à 7 m/m). — Suture de la vessie et de plusieurs solutions de continuité de l'intestin.—Mort. —Communication de M. Pozzi, en son nom et au nom de M. Trélat. — Séance du 15 décembre 1886.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

30 décembre 1886.

L'an nouveau et les années défuntes.—La police sanitaire, un nouveau projet d'organisation complète de la médecine publique. — Les adieux du professeur Pajot à ses élèves.—Une victime indirecte de l'abus de la cocaïne.— La séance annuelle de l'Académie de médecine, ce qu'elle a été, ce qu'elle aurait dû être.

Parlant d'une manière générale de la vie des hommes et comparant les années de jeunesse aux années de déclin, Horace disait :

« Multa ferunt anniventientes commoda secum,
« Multa recedentes adimunt.... » (1).

Ces paroles, nous pouvons les appliquer facilement à chaque renouvellement d'année. Avec combien de désirs, de vœux ou au moins d'espérances nous trouve une année qui commence, et quelle somme de déceptions et de regrets, quelles déconvenues parfois bien amères ne manque pas de nous laisser chaque année qui vient de finir ! Mais heureusement la vie est ainsi faite que les sensations pénibles s'effacent facilement de notre mémoire ; l'esprit s'attarde moins dans les deuils du passé qu'il ne se presse vers les améliorations promises, souhaitées ou entrevues. N'est-ce pas là une loi du progrès que de regarder l'avenir en beau et de négliger le passé détesté ou volontiers oublié pour le mal qu'il a pu nous faire. Des mois qui s'approchent, nous n'apercevons souvent que le bien que nous en espérons ; des années écoulées, nous gardons en général un total de rancunes, de haines ou de souvenirs pénibles que nous avons hâte de voir disparaître à jamais dans les satisfactions que nous attendons de l'avenir..

Mais vraiment, quel songe-creux aspirerai-je donc à faire aujourd'hui, moi qui dans ce feuilleton devrais plutôt (sinon exclusivement) chercher à dérider le front de mes lecteurs !

***

Mais c'est en vain que je cherche un sujet un peu gai. Parler de

(1) Horace : *Art poétique*, v. 173-174.

insidieuse, de cette forme si fréquente et si capable de donner le change, qu'il faut l'expérience de son évolution spéciale pour ne pas se faire illusion sur le sort des malades (1).

Sans doute, le cas était complexe. Une plaie de la vessie, capable à elle seule de légitimer l'intervention, avait été cause d'un épanchement d'urine dans le péritoine, et, malgré le soin avec lequel fut faite la toilette de la séreuse, on peut se demander si le contact de ce liquide n'avait pas duré assez longtemps pour engendrer la péritonite.

De plus, qui pourrait affirmer que quelque plaie de l'intestin n'a pas échappé à la recherche très attentive des opérateurs? Cependant on peut penser, d'après la façon dont M. Pozzi nous a décrit cette recherche, qu'il ne garde guère de doute à cet égard et que toutes les lésions intestinales ont été trouvées et traitées.

Donc, jeune âge du sujet, hâte de l'intervention, exécution aussi complète que possible du plan opératoire, antisepsie, toutes ces conditions favorables réunies n'ont pas suffi pour assurer le succès, et on doit le regretter sincèrement. La conclusion logique et légitime pourrait être qu'ici, comme dans le cas d'obstruction intestinale, la laparatomie, qui promet beaucoup, ne tient pas autant; mais on ne tranche pas une question sur un seul cas. La multiplication des exemples pourra seule servir de base à des conclusions définitives. Il y aura à comparer dans l'avenir les résultats de l'abstention et ceux de l'intervention.

Les communications et les réflexions de MM. Verneuil et Berger ont ouvert cette comparaison. M. Verneuil a rappelé la bénignité fréquente des blessures par révolver calibre 7, quel que soit l'organe atteint. M. Berger nous a cité un fait qui prouve qu'une plaie de l'intestin suivie d'une péritonite grave ne voue pas fatalement le blessé à la mort. Des recherches bibliographiques auxquelles je n'ai pas eu le loisir de me livrer mettraient certainement en lumière un certain nombre de faits semblables.

Si j'interviens dans le débat, c'est simplement pour faire connaître des faits, c'est pour fournir le contingent de ma petite expérience et en faire profiter ceux qui plus tard reprendront la question.

(1) On verra plus loin que l'autopsie de ce jeune homme a été faite et qu'il n'a pas succombé à une péritonite.

On ne s'étonnera donc pas de voir rapprochés dans ce travail des faits d'ordre différent, ayant avec celui de M. Pozzi un point de contact, tantôt la pénétration d'un projectile dans la cavité abdominale, tantôt la suture de l'intestin.

Mes observations se partagent, en effet, en deux catégories :

1° Plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles d'armes à feu (éclat d'obus, balle de fusil, balles de révolver ou de pistolet de tir);

2° Plaies de l'intestin par instrument tranchant traitées par la suture.

A. — *Plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre.*

Premier cas. — *Eclat d'obus dans le ventre.—Extraction.*

C'était le 19 août 1870, le lendemain de la bataille de Saint-Privat. Un petit convoi de blessés arriva à Conflans-sur-Yson au moment où je traversais ce village pour me rendre à Gravelotte. Parmi eux, il en était un qui poussait des cris affreux et se tordait dans d'horribles douleurs. Il avait au-dessus du pubis une plaie irrégulière, à bords un peu mâchés, qui paraissait avoir été produite par un éclat d'obus. Séance tenante, je débridai largement cette plaie, j'ouvris la cavité péritonéale sur une étendue suffisante pour explorer le petit bassin, et derrière la vessie je trouvai un volumineux fragment d'obus.

Dans les conditions où j'étais, je ne pus ni examiner avec soin l'intestin, ni m'assurer que la vessie n'avait pas été ouverte. Je nettoyai tant bien que mal la région où s'était logé le corps étranger, je rapprochai les lèvres de la solution de continuité, et je confiai le blessé au médecin de l'endroit, étant obligé de poursuivre ma marche sur Gravelotte.

Je ne cite donc ce fait que pour mémoire, et aussi pour montrer que, le même cas échéant, je n'hésiterais pas davantage à intervenir, malgré les désordres ordinairement produits par les éclats d'obus, et surtout à cause de la terminaison à coup sûr fatale qu'amènerait la présence d'un corps étranger volumineux dans la cavité péritonéale.

Mon intervention a eu en tout cas pour résultat de calmer instantanément les souffrances du blessé, mais il n'est pas douteux pour moi qu'il n'ait succombé rapidement à une péritonite.

Paul Bert pour essayer de lui assigner une place dans le livre d'or de la Science : nous le devrions peut-être, car nous l'avons promis; mais n'est-il pas encore trop tôt? Les obsèques ne sont pas encore faites, et n'est-il pas trop tard aussi pour en répéter ce que les journaux ont déjà à qui mieux ressassé? Force nous est donc d'attendre un peu plus. Nous réclamons quelques semaines de répit.

* * *

Si nous en croyons le vague souvenir que nous a laissé l'enseignement scolaire qui nous fut infligé il y a déjà de longues années, Lycurgue obligeait tout Spartiate qui avait le *désagrément* de devenir père d'un enfant difforme, ou simplement chétif et mal venu, à jeter dans l'Eurotas, ce petit être qui ne pouvait être utile à la République.

Lycurgue nous paraît à nous, efféminés du XIX° siècle, avoir voulu pousser la sagesse, ou plutôt la science politique, jusqu'à la cruauté. Mais n'exagérons-nous pas un peu nos préventions? Le législateur de Sparte ne s'est-il pas en cela manifesté comme le précurseur incomparable de nos hygiénistes? Ne serait-ce pas la un rêve à réaliser le plus tôt possible, que celui qui aurait pour résultat de donner un peuple d'hommes sains parfaitement conformés, irréprochables au point de vue de la santé? Sans doute, me répondrez-vous. Mais c'est un rêve, et rien qu'un rêve que vous émettez-là.

En effet, quelque admirables, sous le rapport de l'Economie politique, qu'aient été les lois de Lycurgue, ont-elles jamais été imitées ou adoptées par les peuples voisins non plus que par les générations qui se sont succédée? C'est pour cela que nous voyons encore tous les ans, dans les tournées de révision pour le recrutement de l'armée, un si grand nombre d'hommes réformés et un bien plus grand nombre encore dignes de l'être. (Car en jetant un simple coup d'œil sur la liste officielle des difformités, affections ou maladies qui doivent rendre inapte à renforcer l'armée française, on est obligé de convenir que les membres du corps de santé militaire se montrent encore fort sévères et presque toujours exagèrent ou mieux rétrécissent la loi qui stipule les motifs de réforme).

Cela changerait sans doute si nous en revenions à l'application des lois édictées par Lycurgue. Nous semblions, tout à l'heure,

Deuxième cas. — *Plaie pénétrante de l'abdomen. — Fracture du sacrum. — Mort par septicémie. — Pas de blessure de l'intestin.*

Un mobile de la Sarthe, blessé le 7 décembre 1870 aux environs d'Orléans, me fut apporté au château de Blois, où j'avais mon ambulance.

Une balle, après avoir pénétré un peu à droite de l'ombilic, avait fracturé en sortant la partie supérieure de la moitié droite du sacrum. Au bout de quelques jours, le blessé succomba à une septicémie aiguë.

L'autopsie fut faite par moi avec le plus grand soin. Il me fut absolument impossible de découvrir même des traces d'une plaie de l'intestin ou seulement d'une éraillure. Quelques amas de pigment sanguin, résultant de contusions superficielles, indiquaient le passage du projectile. La cavité péritonéale ne contenait ni sang, ni pus, ni liquide sanieux.

Les deux blessures de la séreuse, l'antérieure et la postérieure, étaient cicatrisées. Le seul symptôme abdominal présenté par le blessé avait été un peu de tympanisme. On peut donc affirmer qu'il aurait guéri sans la septicémie née dans le foyer de la fracture.

Troisième cas. —*Plaie pénétrante de l'abdomen. — Hémorrhagie interne. —Péritonite.—Mort.*

Un homme d'une cinquantaine d'années, d'un embonpoint notable, reçoit dans le ventre la balle d'un révolver de calibre moyen. On le porte dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis (ceci se passait en 1880 ou 1881). La pâleur de la face indique que le sujet a perdu beaucoup de sang. Pas de signes de perforation intestinale. Applications de glace sur le ventre, opium. Le lendemain, il survient du ballonnement et de la douleur ; pas d'entérorrhagie.

Malgré l'anémie assez caractérisée, je fais appliquer quelques sangsues autour de l'orifice d'entrée.

Les signes de péritonite vont s'accentuant, mais le malade vomit très peu. Il succombe au cinquième jour.

Autopsie.—*Il est impossible de trouver une perforation intestinale.* Sur la paroi de l'intestin, on voit seulement quelques traces de contusions. La mort a été causée : 1o par la section d'une artère importante de l'épiploon ; 2o par une péritonite partielle suppurée développée dans le foyer de l'hémorrhagie.

Le projectile s'est perdu dans les parties molles voisines du sacrum, à droite.

(A suivre).

REVUE GÉNÉRALE

De la néphrotomie et de la néphrectomie

Suite. — Voir le précédent numéro.

L'opinion, on le voit par ce rapide exposé, est loin d'être fixée sur le premier temps de la néphrectomie. Ce sont les procédés combinés, tels que celui de Morris ou de Czerny qui semblent répondre aux principales exigences ; mais les incisions antérieures de Thornton et de Trélat paraissent préférables dans les cas de tumeurs volumineuses qui ont déjà par elles-mêmes décollé le péritoine sur une certaine étendue. Quant aux incisions postérieures verticales, elles ont l'avantage, il est vrai, de conduire directement sur le hile, mais elles obligent à passer au travers de la masse sacro-lombaire, d'ouvrir la gaîne de ces muscles et elles exposent à blesser le cul-de-sac pleural.

Ce dernier accident nous amène à parler d'une manœuvre accessoire qui a été employée souvent dans les premières opérations et qui consiste à réséquer la douzième côte. Des recherches minutieuses et des évaluations sévères ont démontré à M. Le Dentu que, dans la plupart des cas, l'extrémité supérieure du rein était en rapport par l'intermédiaire du diaphragme avec les deux ou trois dernières côtes ; de plus, d'après M. Sappey, le cul-de-sac pleural déborde la dernière côte d'un centimètre, circonstance qui rend déjà hasardeuse toute opération pratiquée sur ce point ; mais ce qui augmente le danger, c'est la fréquence des anomalies; Holl a fait des recherches sur 60 cadavres et a constaté que la douzième côte manquait trois fois ; bien plus, souvent cette côte est d'une brièveté extrême, telle qu'elle n'atteint que la 8e partie de la 11e.

Il résulte de la possibilité de ces anomalies la plus grande incertitude au sujet des insertions du diaphragme ; le cul-de-sac pleural peut se trouver compris au milieu des parties molles sur lesquelles on opère. La résection sous-périostée mettrait, selon M. Ollier qui la recommande, à l'abri de ces éventualités ; mais M. Le Dentu estime que le périoste ne servirait de protection que s'il était épaissi par le fait d'une inflammation ancienne, et c'est ce qui a rarement lieu même en face d'une pyelo-néphrite.

---

laisser croire que c'était un rêve que d'imposer à l'Etat le soin de veiller à la validité de ses sujets. Ce n'est pas tant que cela un rêve.

Un médecin de Reims, un professeur, s'il vous plaît, qui est aussi, je crois, maire de sa ville, par conséquent en position de se rendre compte combien il est facile de mener les populations, M. Henrot, est venu présenter dernièrement à l'Académie de médecine un projet complet d'organisation de la médecine publique en France. Ce projet est des plus méritoires, il ne laisse presque rien en oubli. Et, en vienne l'application, nul être humain ne pourra plus désormais risquer de transmettre à ses semblables la maladie dont il est atteint. On l'abattrait plutôt. Pour arriver à ce résultat merveilleux et digne de l'âge d'or, d'empêcher la propagation des maladies épidémiques ou tant soit peu contagieuses, le moyen est des plus simples. Il suffit de transformer par décret chaque médecin en employé de police, de police sanitaire, s'entend, et de l'astreindre à transmettre ses observations à un agent de police départemental, agent de police médicale, cela va sans dire. Ce dernier, investi de l'autorité exécutive la plus complète, prendrait rapidement et lestement les mesures les plus radicales pour sauvegarder l'hygiène de ses administrés encore indemnes en sévissant sérieusement sur ses sujets contaminés.

C'est le retour à l'âge d'or qu'on nous promet, vous dis-je. Et si nous n'allons pas retrouver le règne d'Astrée, nous aurons à sa place le règne de la déesse Hygie. Alors plus de maladies à craindre, ou presque plus.

Et il se trouve peut-être encore des esprits, sinon arriérés, au moins grincheux, capables de protester contre l'adoption de mesures aussi intelligentes. Un vrai code sanitaire ! Cela n'est pas à dédaigner. Bravo ! M. Henrot. Quel progrès sur les siècles passés ! Quand on pense que Torquemada n'exerçait son ministère de grand inquisiteur que sur les questions religieuses. S'il venait à renaître aujourd'hui, on devine l'accueil qui lui serait fait. Mais il ne pourrait qu'admirer notre supériorité : nous sommes dans le siècle de l'hygiène. C'est non plus à une question confessionnelle, purement affaire de conscience, affaire personnelle, qu'un Etat démocratique doit s'intéresser, c'est à des questions plus générales, à un poison plus palpable que le venin de l'hérésie. Les bûchers du Saint-Office seront avantageusement remplacés par des étuves à désinfection ; à la sainte inquisition, on va substituer une saine inquisi-

Si le résection totale de la douzième côte doit en principe être rejetée, il n'en est pas de même de celle de l'extrémité antérieure de cet os, et même de la onzième. En effet le sillon inférieur de la plèvre décrit au-dessus du diaphragme une courbe qui descend beaucoup plus bas en arrière qu'en avant Aussi peut-on sacrifier le tiers antérieur de ces arcs osseux sans redouter des complications thoraciques ; on se donnera ainsi beaucoup de jour pour les manœuvres qu'il nous reste à décrire.

Une fois parvenu sur le rein, le chirurgien se demandera s'il liera le pédicule avant d'énucléer la glande ou s'il réservera les ligatures pour le deuxième temps de l'opération. Sauf le cas où il importe de faire une hémostasie préventive, lorsque le rein a été déchiré, par exemple, il est toujours préférable de procéder d'abord à l'énucléation de la glande. On sait que la lame postérieure du fascia propria sous-péritonéal enveloppe dans son dédoublement le rein dont elle est pourtant séparée par ce qu'on est convenu d'appeler l'atmosphère graisseuse. Cette couche, dont l'épaisseur varie suivant les sujets et suivant les âges, est traversée par des tractus fibreux peu abondants et peu résistants, sauf toutefois aux deux extrémités.

Pour pratiquer la décortication on déchire ou on incise dans le sens vertical la couche graisseuse et on insinue plusieurs doigts entre elle et la capsule fibreuse propre du rein. Cette manœuvre nécessite la plus grande attention pour éviter les déchirures ; de la face postérieure on contourne le bord externe, puis on détache la face antérieure et enfin les deux extrémités. On n'a pas à s'occuper de la capsule surrénale qui est normalement séparée par un feuillet du fascia propria. Toute cette partie de l'opération sera faite avec le plus grand soin ; aussitôt qu'on voit donner une artère ou une veine de quelque importance, on s'empresse de placer sur elle une pince ; si l'on n'y réussissait pas, il faudrait le plus rapidement possible jeter une ligature sur le pédicule.

Les difficultés de l'énucléation sont sensiblement augmentées par la présence d'adhérences etablies à la suite de l'évolution de certains néoplasmes, d'hydronéphroses volumineuses, de pyélo-néphrites suppuratives, etc. A force de patience on peut encore les rompre si elles ne sont pas trop serrées ; en cas contraire il faut tenter la néphrectomie *sous-capsulaire*, dont M. Ollier notamment a recommandé vivement l'emploi au dernier congrès de chirurgie Des deux capsules du rein, graisseuse et fibreuse, il ne considère que cette dernière, sépare le rein et laisse en place la capsule vidée. Dans ces cas il arrive qu'on est forcé d'abandonner tout ce qui adhère trop fortement et on enlève par le grattage à l'aide des ongles ou d'une curette tout ce qui se laisse détacher facilement. Le chirurgien peut alors recourir à l'un des deux procédés suivants préconisés, au moins comme pis-aller, par M. Le Dentu. Si le tissu rénal est sclérosé on se sert du thermo-cautère pour enlever la plus grande partie des tissus et ne laisser qu'une coque mince susceptible de se couvrir de granulations ; mais comme cet instrument expose à la blessure du côlon et du péritoine, M. Le Dentu aime mieux faire ce qu'il appelle l'*héminéphrectomie postérieure* qui consiste à enlever toute la moitié postérieure du rein et à évider aussi complètement que possible la moitié antérieure ; cela n'est qu'un expédient ; il n'est pas interdit néanmoins d'espérer obtenir ainsi une cicatrisation sans fistule. Au contraire, si le tissu sclérosé est friable et vasculaire, on n'a qu'une seule ressource, qui est de passer une ligature en masse autour du pédicule ou tout au moins de l'étreindre avec une pince qu'on laissera en place au besoin.

Le dernier temps de la néphrectomie, la ligature du pédicule, est un des plus délicats. Il faut d'abord soulever le rein, l'attirer en dehors de la plaie ; et pour cela la main d'un aide serait très utile, mais elle encombrerait le champ opératoire. M. Le Dentu préfère se servir d'une pince à larges mors qu'il entoure au besoin de mousseline et avec laquelle il saisit toute la masse du rein.

Un des points sur lesquels, après lecture des observations, les chirurgiens semblent le plus divisés est le genre de ligatures à employer; faut-il les faire isolées ou en masse? Tantôt, en effet, on a lié séparément l'urétère et les vaisseaux, on chaque vaisseau isolément, ou tout le hile en masse; on peut, il nous semble, conclure que suivant les lésions, le refoulement en dedans du hile, la brièveté plus ou moins grande du pédicule, on fait comme on peut, et qu'il est actuellement impossible de tracer de règles générales. Le mieux est certainement de faire des ligatures isolées; mais la chose est rarement possible. On tentera alors de diviser le pédicule en deux ou trois portions, comme l'a fait Simon, et de lier chacune d'elles à part. Le

---

tion. C'est en s'attaquant aux microbes et aux hommes qui en sont infestés que la France se montrera digne de fêter le centenaire de 1789. Il y a un siècle, la France se débarrassait des tyrans d'en haut qui régnaient sur tout un peuple Cent ans après, grâce à un Français, on saura se débarrasser de ces tyrans d'en bas, ces êtres minuscules qui nous prennent en détail ce que les anciens despotes nous confisquaient en gros.

Et cependant nous avons tort de rire. On abuse des lois en les multipliant. C'est une mauvaise méthode. *Quid leges sine moribus?* disait Tacite. Et oui, faisons pénétrer d'abord dans les masses les sages préceptes de l'hygiène, et les meilleures réformes sanitaires seront obtenues sans qu'on ait besoin de recourir à la sanction de lois vexatoires, sans qu'on ait à créer encore des catégories de fonctionnaires d'un nouveau genre (1).

(1) M. le docteur E.-R. Perrin vient de publier sur ce sujet d'une *Administration centrale groupant les divers services de l'hygiène*, une courte étude fort intéressante, bien que passible de quelques réserves (Société de médecine de Paris), 1 broch. in-8. Alcan-Lévy, 1886.

* * *

Avec quelle grâce M. Pajot a su se retirer de l'arène professorale! D'autres se laissent mettre à la retraite. Le professeur Pajot, lui, prend les devants, il la réclame cette retraite. Il l'exige à jour fixe. Il donne à la Faculté ses huit jours pour être remplacé. Et de cette séance d'adieu qui devait être une séance de deuil, semble-t-il, le professeur Pajot a su en faire une véritable solennité. Il a mis presque de la coquetterie, et au moins la plus grande grâce dans cette cruelle séparation d'avec ses élèves, d'avec cet auditoire qui lui était si attaché. Si attaché et avec juste raison, car jamais professeur ne fut plus attachant Mais vraiment M. Pajot aurait-il la cruauté de sevrer totalement les nouvelles générations d'étudiants de ses cours légendaires? Il est trop vivant pour cela.

M. Pajot avait commencé par être professeur libre. Il se doit, il nous doit de finir comme il a commencé. Il y aurait plus que de la cruauté, il y aurait de l'ingratitude à priver définitivement nos futurs médecins de ces conseils si pratiques et si adroitement inculqués qu'ils devenaient aussitôt inoubliables. Pourquoi M. Pajot ne ferait-il pas tous les ans deux ou trois cours résumant

grand inconvénient de la ligature en masse est qu'elle offre plus de solidité; aussi, lorsqu'on est conduit à l'employer, doit-on placer une double ligature qui donne alors une sécurité à peu près complète. De plus il est dangereux de laisser libre l'extrémité supérieure de l'uretère; on la fermera à l'aide d'un fil destiné à arrêter le reflux de l'urine vers le bassinet, phénomène que la physiologie n'admet pas, mais que la dilatation morbide de l'uretère rend possible, comme Rosenbach l'a vu au cours d'une néphrectomie. Pour faciliter le passage des fils, M. Le Dentu a fait construire une grande aiguille de Cooper à rayon de courbure de trois centimètres, et pour éluder la difficulté qu'il y a à saisir l'anse de fil portée par l'aiguille et à la ramener au dehors, il conseille de se servir d'une aiguille de Cooper à chas ouvert latéralement; des aiguilles plus petites rendent très difficile ce temps de l'opération. M. Lucas-Championnière a fait construire dans le même but une aiguille à grande courbure, à chas mobile, analogue à une aiguille de Reverdin.

Il va sans dire qu'on ne saurait être autorisé à pratiquer une telle opération sans appliquer dans toute leur rigueur les règles de la méthode antiseptique. Le rein une fois enlevé, il reste une vaste cavité que les viscères abdominaux ont une tendance à remplir ou à scinder en deux. Il faut donc remplir la plaie de gaze iodoformée ou d'une substance antiseptique, ou bien pratiquer un drainage complet. On suivra le premier de ces procédés quand des fragments du rein resteront dans la plaie; quand au contraire l'opération a été complète, on devra faire le drainage et des sutures qui assureront la réunion par première intention. C'est vers ce but que l'on doit tendre: des cas de guérison en deux semaines ont été publiés.

Divers accidents peuvent surgir au cours de l'opération; en premier lieu nous citerons la blessure des organes voisins et celle de la plèvre sur laquelle nous ne reviendrons pas; la déchirure du péritoine constitue aussi un danger des plus sérieux; c'est pour l'éviter que M. Ollier a proposé la néphrectomie sous-capsulaire. Il en est de même de la blessure du côlon; il faut à tout prix alors éviter l'irruption des matières fécales dans la plaie; l'application des sutures, facile quand la déchirure est petite, constitue une grosse difficulté en face d'une ouverture très grande. comme on en a signalé. En tous cas, quel que soit l'organe lésé, intestin ou séreuse, on aura recours à un système de sutures qui assure la fermeture hermétique et antiseptique de la plaie accidentelle.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'exposé de toutes les circonstances où une hémorrhagie grave se produit au cours des manœuvres. D'ailleurs, dans presque tous ces cas, c'est la saisie du pédicule à l'aide d'une forte pince, puis la ligature en masse qui s'impose. On cite des cas, quelques-uns heureux, où le chirurgien a été obligé de tamponner la plaie et de la bourrer d'éponges et d'ouate; ce sont là des expédients, des procédés de nécessité et non pas une méthode générale.

Dr E. Desnos.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

IV. Sur l'action de la caféine employée a titre de diurétique, par Von Schrœder (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak.*, t. XXII, 1886, fasc. 1 et 2, p. 39). — V. Action du chlorhydrate de cocaïne sur les centres psycho-moteurs, par le docteur Tumass (*Ibidem* p. 107).

Suite. — Voir le numéro précédent.

IV. Von Schrœder constate que nos connaissances concernant l'action physiologique de la caféine ne sont pas à même de fournir une explication satisfaisante des effets diurétiques, souvent très remarquables, qu'on tire de la caféine administrée dans des circonstances convenables. L'auteur a donc institué des recherches expérimentales, dans le but de combler cette lacune. Ses expériences ont été faites presque exclusivement sur des lapins avec du benzoate de soude et de caféine. L'urine des animaux a été recueillie à travers des canules introduites directement dans les uretères. Voici les résultats annoncés par l'auteur:

L'action diurétique de la caféine est indépendante d'une élévation de la pression intra-artérielle, car elle se manifeste (chez les animaux qui sont à la fois sous l'influence de la caféine et du chloral) alors que la pression intra-vasculaire se tient au-dessous du niveau physiologique.

Les effets diurétiques de la caféine ne consistent pas uni-

---

les principes élémentaires de l'obstétrique? Avec l'art qui caractérise ce professeur, il y aurait salle comble. Et que de *parturientes* de tous les pays en tireraient avantage, combien auraient inconsciemment le devoir de bénir leur bienfaiteur. La France future s'en trouverait évidemment accrue! Car, il faut bien l'avouer, que d'interventions déplorables il pourrait éviter à de jeunes médecins qui font à tort et à travers des applications de forceps inutiles, des délivrances artificielles déplacées, tout simplement parce qu'ils n'ont pas appris de M. Pajot l'art de savoir attendre, de prendre patience, d'observer et d'agir prudemment. En obstétrique, plus qu'en toute chose, il est besoin d'une paix armée.

***

Parlerai-je du suicide du docteur Kolomnine, de Saint-Pétersbourg? Quelle terrible leçon pour ceux qui s'enthousiasment trop rapidement pour un nouveau remède et risquent d'en abuser! M. X... a employé telle substance à telle dose sans inconvénient, M. Y... se croit prudent lorsqu'il n'en donne qu'une demi-dose, et cependant son malade meurt.

A quelle circonspection ne doit-il pas s'astreindre celui qui s'adresse à un remède nouveau et dont les contre-indications n'ont pas encore été déterminées. Car si la science des indications d'un médicament est inappréciable, elle doit avoir pour contre-poids une autre science non moins importante, la connaissance des contre-indications. Assurément, le chirurgien russe n'est pas coupable, et nous ne pouvons que regretter cette impressionnabilité nerveuse qui lui a fait venger sur lui-même l'insuffisance de nos connaissances sur ce médicament si remarquable et si étrange, la cocaïne, dont il croyait pouvoir se servir à dose un peu massive pour l'avantage d'une de ses clientes. Mais ce que, dans notre langage barbare, nous appelons une idiosyncrasie, n'a-t-il pas été plutôt la cause de ce résultat funeste que la dose employée? M. Kolomnine devait à la science de chercher à rendre compte de son échec, plutôt qu'à *se dérober;* son suicide est un acte de faiblesse.

***

L'Académie se range. Elle mérite au moins pour la seconde fois un bon point. Cette année, elle a donné sa séance solennelle à la date voulue. Et cependant, il nous manquait encore quelque

quemement dans la filtration d'nne grande quantité d'ean à travers les reins ; il y a aussi élimination d'une plns grande quantité de principes solides, de principes azotés notamment.

L'action diurétiqne de la caféine, très nette chez les animanx chloralisés, est presque insignifiante chez les animaux placés sons l'influence de la morphine ; donble raison d'admettre que la caféine agit sur les centres nerveux, en excitant les origines des nerfs vaso-constricteurs, et que le rétrécissement dee vaisseaux rénanx qni en résulte (et qni fait défaut chez les animanx chloralisés) prédomine sur l'action diurétiqne proprement dite de la caféine, chez les animaux morphinisés. Et, en effet, quand chez ces derniers on arrachait les ramuscules nerveux destinés aux reins (mntilation facile à pratiquer chez les lapins), l'action de la caféine se manifestait en son plein, indépendamment de la diurèse prodnite par le seul fait de l'arrachement des nerfs. Ce résultat était surtout très net quand l'arrachement n'avait lieu que d'un côté. Mais il a suffi d'injecter dans les vaisseaux une dose un peu forte de chloral, pour faire disparaître la différence entre les quantités d'urine fournies par les deux uretères de l'animal en expérience, autre preuve que dans le rein intact l'apparition de la diurèse était entravée par l'action vaso-constrictive de la caféine.

Bref, pour Von Schrœder, la caféine est douée d'nne double action : l'une qui consiste dans une excitation des centres nerveux, analogue à celle de la strychnine, et qni tend à restreindre la sécrétion nrinaire ; l'autre qui consiste dans une diurèse très abondante. Cette seconde action s'exerce-t-elle directement sur les éléments sécréteurs (épithélium) des reins ? La chose est très vraisemblable, mais non démontrée. La preuve expérimentale serait facile à obtenir sur des reins fraîchement extirpés, ne fût la rapidité avec laquelle s'altère l'épithélium rénal privé du contact dn liqnide nonrricier physiologique.

C'est à tort, d'ailleurs, qu'on a mis l'action diurétique de la caféine en parallèle avec la digitale. Cette dernière active la diurèse en augmentant le travail utile du muscle cardiaque et en élevant par contre-coup la pression intra-vasculaire. L'action de la caféine est plutôt comparable à celle que la pilocarpine exerce sur divers appareils sécréteurs, avec cette différence que la pilocarpine influence directement les nerfs sécréteurs, la caféine, au contraire, l'épithélium rénal.

L'action diurétique de la caféine, de l'aveu des cliniciens, est très inégale ; elle fait défaut par exemple chez les malades en proie à des phénomènes d'excitation. C'est que, fait remarqner von Schroeder, en pareil cas il existe une élévation de la pression intra-vasculaire, qni augmente encore sons l'inflnence de la caféine et qni gêne l'action diurétiqne de cette substance. Pour obtenir l'effet inverse, pour faciliter l'action dinrétique de la caféine, il fant associer à celle-ci des médicaments qui abaissent la pression intra-vaeculaire.

Le chloral est de ce nombre. Malheurensement, son emploi est le plus souvent contre-indiqué chez les cardiaqnee. Von Schroeder a obtenn d'assez bons résultats en associant la caféine et la paraldéhyde. Il engage les cliniciens à poursnivre les tentatives dans cette voie.

V. Ponr étudier l'action d'une substance sur les centres pcychomoteurs de l'écorce grise, il est nécessaire de recourir à l'application directe de cette substance (supposée soluble et absorbable) ; agir autrement, injecter l'agent médicamenteux dans les vaisseaux de l'animal en expérience, c'est s'exposer à rapporter à une action directe sur les centree en question ce qui n'est que le résultat d'une modification imprimée par cet agent aux appareils de transmission qui relient les centree moteurs corticaux aux muscles de la périphérie.

M. Tumass a précisément fait des expériences consistant à mettre à nu la zone psychomotrice chez des chiens ; après s'être renseigné, en se servant d'un appareil d'indnction à chariot, comment se comportait l'excitabilité de la zone psychomotrice ainsi mise à nu, il appliquait sur la surface de celle-ci un pinceau imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, dont le titre variait de 0,005 à 4 0/0. Le pinceau était laissé en place pendant 40 à 60 secondes. Dans le cours des 4 à 6 minutes qui suivaient, on déterminait à différentes reprises les intensités de courant nécessaires pour obtenir des contractions des muscles de l'arrière-train en excitant la partie correspondante de la zone psychomotrice, et on comparait ces données avec celles fournies par des expériences de contrôle. Le résultat a parlé constamment dans le sens d'une diminution bien manifeste de l'excitabilité de la zone psychomotrice, à la suite des applications de cocaïne ; au point qu'il devenait très difficile ou impossible de provoquer des convulsions épileptiformes. Ce résultat s'obtenait au contraire avec des intensités de courant très faibles, lorsque l'on enfonçait profondément les

---

chose dans cette belle séance. Le programme qui avait été imposé, par ou sons Louis XVIII, à l'Académie de médecine, lors de sa création, n'a pas été, en effet, rempli complétement. De par les clauses de la fondation, le secrétaire perpétuel doit tous les ans, non seulement faire l'éloge de tous les membres défunts, mais de plus présenter un tableau général des progrès accomplis en médecine et en chirurgie durant l'année écoulée. Parisot, dans une même séance, avait fait, si je ne me trompe, à diverses reprises, l'éloge de plusieurs membres décédés. Dubois (d'Amiens) lui-même prononça quelques éloges collectifs. M. Béclard, qui d'ailleurs ne fut d'abord que le suppléant de Dubois (d'Amiens), fut plus sobre. Il se contenta de faire pendant une douzaine d'années consécutives un portrait très soigné et très artistique d'un seul collègue disparu. L'an dernier, M. J. Rochard le suppléa pour l'éloge de Chassaignac. Pourquoi M. Béclard n'a-t-il pas, cette année encore, chargé un de ses collègues de le suppléer? Assurément, les gourmets auraient préféré que le secrétaire perpétuel lui-même entrât encore en scène, mais on ne doit pas être trop exigeant.

Quant à résumer les travaux qui ont fait progresser les diverses branches de notre art, on peut à la rigueur considérer le rapport sur les prix comme répondant à cette partie du programme. On le peut, on ne le devrait pas. Décidément, aura t-on le droit de nous dire, avec le fabuliste :

Les délicats sont malheureux,
Rien ne saurait les satisfaire.

Dr Péter-Paul Somans.

Hôpitaux de Paris. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du jeudi 30 décembre, a voté le dédoublement de trois services de chirurgie : l'un à l'hôpital Lariboisière, le second à Tenon, le troisième à Beaujon.

Dans la même séance, le Conseil a voté la suppression de quatre des huit médecins inspecteurs de la vérification des décès. Lorsqu'il y aura une vacance dans le corps des médecins de l'état civil, le titulaire sera pris parmi les anciens médecins inspecteurs.

Le 31 décembre, sur la proposition de M. Chautemps, le Conseil a ramené de 100,800 à 80,800 francs le crédit pour l'inspection médicale des écoles primaires et maternelles, supprimant ainsi l'emploi de 7 des 126 médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris. (France médicale).

électrodes dans la substance nerveuse, on lorsque préalablement on enlevait avec un instrument tranchant la portion de la substance grise qui avait été an contact de la cocaïne.

Ni l'eau, ni les solntions faibles de sel de cuisine ne produisaient les mêmes effets que la cocaïne; au contraire, la morphine est douée à un degré plus considérable de cette propriété d'abaisser l'excitabilité de la zone psychomotrice au lieu d'application.

Quand le chlorhydrate de cocaïne était injecté directement dans les vaisseaux, à raison de 2 à 3 milligrammes par kilogramme de poids corporel, il se produisait d'abord une diminution, puis, au bout de 25 à 30 minntes, une augmentation de l'excitabilité de la zone psychomotrice; de plus, les membres de l'animal étaient agités par des convulsions spontanées. Résultat analogue, avec des doses plus fortes, si ce n'est que les convulsions et l'agitation étaient plus accentuées. Ces phénomènes d'excitation sont évidemment en rapport avec l'action snr la moelle allongée, attribuée par Danini et Aurep à la cocaïne.

Incidemment, l'auteur a signalé la remarquable action analgésiante locale que la cocaïne, en applications directes, exerce sur la dure-mère, ainsi que sur les troncs nerveux périphériquee.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

GYNÉCOLOGIE

NOTES SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA GYNÉCOLOGIE EN AUTRICHE-HONGRIE ET EN ALLEMAGNE, par M. le docteur S. POZZI, Agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital Lourcine.

Suite. — Voir le précédent numéro.

ENSEIGNEMENT DE LA GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE VIENNE

§ 2. — *De l'organisation des services de clinique obstétricale et gynécologique.*

L'enseignement clinique officiel de la gynécologie comprend deux grands services situés dans l'Hôpital général (*Allgemcine Krankenhaus*). Ces services contiennent à la fois des lits de femmes en couche et des lits de gynécologie: les premiers sont situés aux étages supérieurs; les seconds au rez-de-chaussée; ils dépendent de deux administrations différentes. Les femmes en couche constituent ce qu'on appelle la « Maison d'accouchements » (*Gebœrhaus*), laquelle est placée depuis 1865 soue la direction de l'administration provinciale (*Landesausschuss*), ainsi que « l'Asile des enfante trouvés » (*Findelhaus*), eituée dans l'Alserstrasse, non loin de l'hôpital. Les lits de gynécologie sont, au contraire, sous la direction générale de l'hôpital. Il résulte de cette dualité que les malades soignés par le même chef de service sont servis par deux personnels distincts, reçoivent une nourriture différente, —heancoup meilleure pour les femmes en couche qne pour les femmes de ealles de gynécologie.

Les malades de gynécologie se recrutent surtout dans la population de Vienne, à la consultation de chaque jour. Cette consultation, très nombreuse, faite par les assistants devant les élèves, constitue une partie importante de l'enseignement. Elle a lieu dans l'amphithéâtre même qui sert pour les cours. Outre l'examen des malades en cours de traitement externe ou venues pour l'admission, on y pratique de petites opérations.

Les femmes en couche sont surtont des filles-mères, qui arrivent de tontes les provinces de l'empire. Elles sont attirées par des avantages spéciaux qui assurent le recrutement du service d'enseignement, et en même temps sauvegardent la vie des nonveau-nés. Ceux-ci sont envoyés directement à l'Asile des enfants trouvée et y sont élevés jusqu'à l'âge de six ans. An hont de ce temps, on les renvoie à leur mère; si, à cette époque, elle est morte, on les garde à l'Asile, on leur fait apprendre un métier et on s'occupe de leur placement(1).

En échange de ces avantages, toute acconchée reconnne bonne nonrrice est envoyée an bont de nenf jours, avec son enfant, à l'Asile des enfants tronvés et doit y rester quatre mois pour y aider à nourrir les antres nonveau-nés. C'est ainsi qu'elle acqnitte en quelqne sorte à l'Etat les dépenses faites pour elle et son enfant. Pour se dispenser de cette obligation, elle doit payer nne certaine indemnité, sonvent fournie par des familles qni la prennent comme nourrice (2).

Une fille-mère peut du reste se débarrasser définitivement de son enfant en donnant à l'Etablissement une somme de quatre-vingts florins. Chose étrange, cette même facilité n'est pas laissée aux femmes mariéee, alors même qu'ellee seraient accablées de famille.

Il y a des chamhree payantes de 1re et de 2e classe, où l'installation est plns luxueuse et où l'on paye pension.

Le nombre des lits est insuffisant, vu l'affluence des femmes venues de toutes les provinces de l'Autriche. On est donc obligé de les faire partir heaucoup plus tôt que ne demanderait une honne hygiène (au bout de neuf jours).

Bien qu'il y ait un *directeur* de l'Asile (dont les appointements sont dérisoirement modestes), c'est, en réalité, le médecin en chef qui y est tout puissant. L'autorité du directeur eur les services d'accouchements de l'Hôpital général est aussi plus nominale que réelle, et les professeurs y sont complètement les maîtres.

Voici, à l'hôpital général, la distribution des lits dans le service du professeur Ch. Braun (elle est sensihlement la même dans l'autre service):

Femmes enceintes, 50 lits; femmes en travail, 20 lits avec 2 chambres d'isolement de 3 et de 1 lits: on y place toute malade qui a de la fièvre; femmes accouchées, 94 lite en cinq salles. Pour les maladies puerpérales, 25 lits en deux salles; pour la gynécologie, 27 lits en deux salles, dont une petite destinée aux opérées.

Chaqne clinique reçoit les femmes en couche qui se présentent à l'hôpital, à tour de rôle tous les trois jours durant vingt-qnatre heures. Il y a en effet dans l'Etablissement un troisième service d'accouchements (destiné surtout aux sages-femmes) dépendant non de l'Université, mais de l'administration provinciale, et qui possède aussi le droit de recevoir des femmes enceintes, alternativement avec les services universitaires.

Les malades de gynécologie sont reçues à l'*Ambulatorium*

(1) Une seule province, depuis deux ans, subit un régime spécial La Moravie a préféré que les enfants ne fussent pas conservés à l'Asile des enfants trouvés et que les méres fussent renvoyées après l'accouchement avec une indemnité de 5 florins.

(2) Il est d'usage d'y joindre (sous le manteau) 10 florins pour la sage-femme en chef, 5 pour le médecin assistant et 2 pour l'infirmière.

(consultation) faite par les assistants tous les matins, de dix heures à midi, devant les étudiants qui veulent y assister.

Il y a environ 3000 accouchements par an; la mortalité depuis cinq ans n'est que de 4/1000 en bloc, chiffre sur lequel 3/1000 seulement est causé par la fièvre puerpérale (le reste par l'éclampsie, l'hémorrhagie, la rupture utérine, etc.). Il y a environ 200 grandes opérations gynécologiques par an; un grand nombre sont faites à l'amphithéâtre des cours, très bien aménagé pour les opérations, en présence des élèves. D'autres sont faites par les assistants, dans les chambres isolées.

Je ne crois pas déplacé de donner ici quelques détails sommaires sur les *précautions antiseptiques* prises dans le service d'accouchement (service du professeur Braun) :

Toutes les semaines, une des deux salles de 25 lits où sont reçues les femmes enceintes est vidée, lavée à fond, et tous les objets de literie sont changés. On jette la paille tressée qui tient lieu de matelas. Les malades reposent, en effet, directement sur une couverture, puis sur un *paillasson* enfermé dans un sac de toile, et immédiatement après vient le sommier composé d'un treillis métallique assez élastique (*Drahteinsaetze*).

Une injection d'eau phéniquée à 20/1000 est faite dans l'utérus aussitôt après l'accouchement. Chaque femme reçoit pour cela une canule en verre maintenue toujours immergée dans un petit bocal, à son chevet, dans de l'eau phéniquée à 50/1000. Les fébricitantes ont une canule en verre *coloré*, de manière à les distinguer.

Dès qu'une accouchée présente une élévation de température et des signes de septicémie légère, une injection intra-utérine est pratiquée et renouvelée fréquemment. Mais on n'emploie pas l'irrigation continue. On a conservé les injections de sublimé pour ces cas spéciaux (solution à 1/4000); encore faut-il pour cela que la matrice ait déjà subi une notable rétraction. Toute injection intra-utérine de sublimé est suivie de deux à trois injections de thymol (solution à 1/1000), afin d'évacuer complètement la solution mercurielle. On a, en effet, observé quelques cas graves d'intoxication.

La solution de thymol sert également à la désinfection des instruments.

Avant de pratiquer le toucher, chacun doit se laver soigneusement. Un lavabo avec brosses à ongles distinctes pour les accouchées ordinaires et pour les fébricitantes est disposé dans chaque salle. A côté est un vase à deux compartiments où l'on se plonge ensuite les mains; le premier contient une solution de permanganate de potasse, le deuxième une solution d'acide oxalique. On fait ensuite couler sur les mains une solution de sublimé à 1/4000.

ENSEIGNEMENT DE LA GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE PESTH.

Il y a deux professeurs de clinique obstétricale et gynécologique: le professeur Késmarosky (clinique rue Mariani) s'occupe presque exclusivement d'obstétrique. — Le professeur Tauffer, jeune élève de Hégar, s'adonne surtout à la gynécologie, où il a obtenu de brillants succès. C'est sa clinique (située 35, rue Botzafa) que j'ai visitée.

Elle est provisoirement installée dans une maison particulière assez vaste, formée de deux étages disposés circulairement autour d'une cour centrale. Il n'y a que 20 lits d'accouchements et 17 de gynécologie, distribués en 5 chambres, dont 3 pour les laparotomies, 1 pour les opérées de cancer, 1 pour les opérées de fistules ou autres opérations plastiques. Cette distribution invariable a pour but d'assurer plus efficacement l'antisepsie.

La consultation (*ambulatorium*) qui a lieu tous les jours est très considérable. On y a traité 3,000 malades depuis cinq ans.

Il y a tous les jours une leçon d'obstétrique pour les élèves sages-femmes, faite par l'assistant.—Le professeur se réserve pour les leçons de gynécologie faites deux fois par semaine, durant deux heures de suite. Il y a en moyenne 550 à 600 accouchements par année. La mortalité totale est de 5 p. 1000, dont 2 p. 1000 seulement au ressort de la septicémie.

Vu l'insuffisance des lits, les accouchées doivent se lever le neuvième jour et sortir le dixième.

Après chaque accouchement, on ne fait, comme règle, aucune injection, mais seulement des lotions externes. S'il y a de la fièvre, injection intra-utérine à l'aide d'une canule de verre de la solution de sublimé à 1/3000. Primitivement, on employait une solution à 1/1000, mais on y a renoncé après quelques cas d'empoisonnement non mortels. L'injection intra-utérine faite, sans retirer la canule, on abaisse le récipient qui a servi à faire l'injection par sa simple élévation, de manière à y faire revenir le liquide par le mécanisme du siphon. On se défie tellement de l'abus du sublimé qu'on ne met entre les mains des élèves sages-femmes que des solutions phéniquées (1/4000 pour l'utérus, 1/2000 pour le vagin). On ne fait jamais d'irrigation continue.

ENSEIGNEMENT DE LA GYNÉCOLOGIE A PRAGUE.

Il y a deux Universités et, par suite, deux Facultés de médecine à Prague, pour répondre aux exigences des deux nationalités qui habitent la province dont cette ville est la capitale. Je n'ai pas visité la Faculté tchèque, dont le professeur de clinique obstétricale et gynécologique est le directeur. Son service est du reste sensiblement analogue à celui du professeur Breisky, qui était à ce moment titulaire de la même chaire à la Faculté allemande et qui depuis a été appelé à Vienne.

Les lits destinés à la gynécologie sont placés dans le vieil Hôpital général, et l'installation y est assez défectueuse pour l'enseignement, le professeur ayant dû s'y contenter de ce que ses collègues avaient laissé libre avant son installation, qui est de date plus récente. Il y a 18 lits distribués en diverses petites salles. Point d'amphithéâtre pour les leçons ou les opérations, qui se font dans une des salles. Ce service est sous la dépendance de l'Etat.

C'est au contraire la Province qui a sous sa juridiction la Maison d'accouchements (Landesgebæranstalt), superbe bâtiment neuf qu'on peut considérer comme un modèle du genre.

Le service du professeur Breisky y comprend 100 lits environ, disposés en 21 salles : 19 petites pour les accouchées, 2 grandes pour les femmes enceintes (un deuxième service semblable existe pour le professeur tchèque, et un troisième pour l'instruction des sages-femmes).

Il y a eu l'an dernier, dans ce service, 888 accouchements, avec une mortalité totale de 10 p. 1000, dont 2 p. 1000 seulement provenant de fièvre puerpérale.

Un *réglement* sévère, indiquant les précautions antiseptiques que doivent observer les élèves, est affiché dans chaque salle.

Avant chaque examen de malade, le vagin est lavé avec une solution sublimée 1/2000, ainsi que les mains du médecin.

On ne fait pas, comme règle, d'injection intra-utérine après l'accouchement; s'il y a une indication spéciale, on en fait avec une solution phéniquée à 30/1000 ou 50/000, selon la gravité du cas.

(*A suivre*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes, par le docteur Joal, brochure in-8, Paris, Asselin et Houzeau, 1886.

Il est un fait signalé, sinon démontré déjà depuis longtemps, c'est qu'il existe un rapport entre les organes génitaux et les organes de la phonation, y compris le pharynx et les amygdales. Rappelons d'autre part que Lasègue tendait à regarder l'amygdalite comme n'étant pas une simple affection localisée à l'arrière-gorge. En clinicien consommé, en observateur habile, dit M. Joal, il avait découvert le fait sans pouvoir en donner l'explication vraie qui, depuis, a été fournie par MM. Bouchard, Landouzy et Siredey. M. Joal considère donc aussi l'amygdalite comme une maladie générale, comme une fièvre infectieuse et cherche à établir que, pendant le cours de l'affection, peuvent survenir du côté des organes génitaux les mêmes complications que celles qui ont été signalées dans d'autres états généraux, tels que les oreillons, la fièvre typhoïde, la variole, le rhumatisme, l'infection purulente. A M. le professeur Verneuil revient l'honneur d'avoir le premier saisi la corrélation existant entre l'angine et la manifestation testiculaire. En 1857, le savant chirurgien publiait, dans les *Archives générales de médecine*, un intéressant mémoire ayant pour titre: *Des épanchements dans la tunique vaginale, métastatiques de l'arrière-bouche*. Reprenant et développant cette théorie, M. le docteur Joal apporte un contingent de quatorze observations dont dix inédites (quatre lui sont personnelles et six autres lui ont été communiquées par MM. Lamande, Gaillard, Dauzat et Cadier).

Ne tenant aucun compte des sympathies qui relient les tonsilles aux organes de la génération, M. Joal attribue à une infection de l'économie l'amygdalite et l'orchite ou l'ovarite concomitante, infection qui porte ses coups sur des points désignée par leur suractivité fonctionnelle, par suite de causes multiples, mais principalement par l'action du froid et du chaud. M. Joal termine son court et intéressant travail par ces prudentes conclusions: 1° l'orchite et l'ovarite doivent être rangées parmi les complications de l'amygdalite aiguë superficielle ou profonde; 2° ces manifestations génitales, analogues à celles qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, de la fièvre ourlienne, doivent être attribuées à la nature infectieuse de l'amygdalite; 3° l'orchite et l'ovarite ne sont pas dues à de prétendus rapports physiologiques signalés par certains auteurs, entre les organes de la génération et les amygdales.

Sauf dans une observation communiquée par le docteur Dauzat (de la Bourboule), où il est formellement indiqué que les amygdales n'avaient aucun enduit, dans la plupart des autres observations et spécialement dans les quatre qui sont personnelles à l'auteur il est fait mention d'un enduit ou d'ulcérations superficielles siégeant à la surface des amygdales. Ne pourrait-il se rencontrer quelqu'un qui essayât de rapprocher ces cas des angines herpétiques, et qui, considérant les métastases dont ils se sont accompagnés, s'en servirait pour étayer la doctrine de l'existence d'une fièvre herpétique essentiellement infectieuse? Je pose la question, sans me hasarder à y répondre.

Dr Albertus.

De quelques modifications des bruits du cœur dans le cours des néphrites, par F. Basora (1886).

Les remarquables recherches de Traube, de M. Potain et des observateurs qui se sont placés à leur suite, ont bien mis en lumière la valeur de certains phénomènes que l'on rencontre souvent du côté du cœur au cours des néphrites chroniques, et particulièrement dans le cours de la néphrite interstitielle. Les plus saillants de ces phénomènes, savoir l'hypertrophie du ventricule gauche, démontrée pour la première fois par Traube, et l'apparition du bruit de galop, mise en relief par M. Potain, ont pris rang parmi les symptômes classiques de ces altérations rénales, et ce n'est guère que sur leur pathogénie et leur mécanisme que l'on discute encore aujourd'hui. Mais, à côté d'eux, il en est d'autres moins connus, d'une fréquence moindre et d'une interprétation tout aussi difficile. Ces derniers consistent surtout dans des modifications particulières des bruits du cœur, dans l'apparition de véritables souffles, tantôt systoliques et tantôt diastoliques, ou d'un bruit particulier appelé bruit de piaulement. C'est l'étude de ces bruits anormaux et l'essai d'une interprétation pathogénique à eux applicable qui fait l'objet du consciencieux travail que nous analysons.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations où ces phénomènes ont été soigneusement notés, ainsi que leur intensité et leurs variations, ces dernières paraissant être constamment en rapport avec celles de l'albuminurie, dont ils suivaient les fluctuations.

L'explication de ces souffles lui paraît difficile. Après avoir éliminé toute une catégorie de faits se rattachant à des lésions valvulaires, et dans lesquels la présence des bruits anormaux n'est plus qu'un phénomène banal, on ne peut invoquer que des hypothèses, telles que l'existence d'une péricardite albuminurique, l'altération scléreuse du myocarde, le défaut de synchronisme dans la contraction des deux cœurs (théorie du bruit de galop). L'hypothèse qui paraît la plus probable est celle qui rattacherait ces souffles à l'état du sang, à la dyscrasie albumineuse, par un mécanisme analogue à celui qui préside à l'apparition des bruits cardio-vasculaires de la chlorose et de l'anémie. Toujours est-il que l'attention des cliniciens devra être attirée dorénavant sur ces faits qui, pour être rares et même exceptionnels, n'en présentent pas moins un grand intérêt pratique, étant données les causes d'erreur dont le diagnostic est entouré au lit du malade.

Dr P. M.

BULLETIN

Aperçu critique sur la réforme de la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés

Suite. — Voir les numeros 52 et 1.

Les partisans du nouveau projet de loi ne manqueront pas de faire ressortir que, loin de rejeter l'autorité médicale, il lui

accorde au contraire en fait une action prépondérante ; car ce n'est qu'après et sur l'opinion motivée des médecins que les magistrats doivent se prononcer sur le sort de l'aliéné. Maie alors, à quoi sert l'intervention du pouvoir judiciaire ? On elle est sérieuse, et alors c'est le renversement de toutes les compétences et de toutes les juridictions, la transformation de l'aliéné en prévenu et du magistrat en médecin; ou cette intervention n'est là que pour le principe, pour la forme, pour donner comme toujours « satisfaction à l'opinion » et dans ce cas, c'est une mesure non seulement sans utilité, mais encore fâcheuse et indigne d'un législateur ; c'est mettre dans la loi la fiction à la place de la réalité ; c'est donner le change à l'opinion, en lui laissant croire qu'on fait quelque chose pour elle, alors qu'au fond on ne change rien à ce qui existait auparavant.

« Quelle sera, dit M. Combes, l'attitude des tribunaux en face de la médecine ? Voici d'abord le procureur de la République obligé de requérir dans tous les cas de placement d'aliénés.

Songez, messieurs, qu'il ne s'agit ni d'une contravention à poursuivre, ni d'un fait délectueux ou criminel à qualifier, ni d'articles du code à appliquer. Il s'agit simplement d'une folie à constater, d'un malade à interner. En l'espèce, de l'aveu de tout le monde, c'est le médecin qui apprécie et qui décide. Le procureur de la République doit se borner à prendre acte et à requérir, c'est-à-dire à s'approprier les conclusions du rapport médical. C'est là son rôle, son unique rôle. Je le demande : ce rôle est-il nécessaire, est-il digne du procureur ?

Non, messieurs, il n'est ni nécessaire ni digne. Il n'est pas nécessaire, parce que la réquisition du procureur de la République n'ajoute pas un atome à la valeur de la décision rendue par le médecin ; il n'est pas digne, parce qu'il rabaisse la majesté de la justice personnifiée par ce magistrat, aux proportions d'un commis de greffe qui enregistre ou d'un expéditionnaire qui fait les copies.

Mais, messieurs, ce n'est pas seulement le procureur de la République dont la personnalité morale est diminuée par le genre de participation qui lui est dévolu d'après le projet de loi. Que dire, encore une fois, de ces magistrats délibérant en chambre du conseil, se réduisant, par conscience de leur incompétence, à confirmer et à sanctionner les réquisitions écrites du procureur, c'est-à-dire, en fait, le diagnostic des médecins ?

Voilà donc les chambres du conseil transformées, comme les parquets, en bureau d'enregistrement. Car je n'imagine pas, je ne saurais trop le redire, que vous attendiez des magistrats un examen pertinent des pièces médicales.

Il ne manquerait plus, pour les achever dans l'opinion, que de les poser légalement en disciples de Galien ou en antagonistes des maîtres de la médecine mentale. Ils ne sont et ne peuvent être que des légistes, des organes du droit, des interprètes du code ; c'est là leur terrain, c'est leur sphère d'action. Si vous les en déplacez, vous portez atteinte à leur autorité morale, vous imprimez à leur caractère une indécision regrettable.

De deux choses l'une : ou bien vous les rapetissez, en subalternisant leurs fonctions nouvelles, en ne leur donnant qu'à contresigner les décisions du médecin, ou bien vous dénaturez leur rôle public ; vous en faites des personnages à double aspect, mi-partie juges et mi-partie médecins ; vous leur ôtez en autorité morale beaucoup plus que vous ne leur conférez en pouvoir.

Dans le premier cas, vous multipliez inutilement les formalités légales du placement des aliénés ; dans le second cas, vous ne créez absolument qu'une fiction, qu'une illusion, sans honneur vrai pour les magistrats, sans profit aucun pour la société et pour le malade. »

Il est bon d'ajouter, pour ceux qui l'ignorent, que l'intervention des magistrats dans les questions d'aliénation mentale n'est pas toujours sans danger, et que le droit qu'ils tiennent de la loi de 1838, d'ordonner la sortie d'une personne enfermée dans un établissement d'aliénés a donné fréquemment lieu à de fâcheuses conséquences, lorsqu'ils n'en ont pas usé avec prudence et modération. Les exemples abondent sur ce point. Je me contenterai de signaler le fait, cité par un des membres du Sénat, de ce procureur de la République insistant, malgré les observations expresses, formelles, du directeur de l'établissement d'aliénés, pour qu'on rendît à sa mère un jeune homme que son bon sens à lui, procureur de la République, lui faisait juger sain d'esprit. Et, quinze jours après sa sortie, ce jeune homme tuait sa sœur dans un accès de frénésie.

A supposer d'ailleurs que l'intervention des magistrats fût légitime et possible, dans la pratique, pense-t-on que cela suffirait pour faire cesser tous les soupçons ? Croit-on que l'opinion publique se déclarerait satisfaite et deviendrait muette pour cela ? Ce serait folie que de l'espérer. D'abord, les magistrats sont, comme tout le monde, sujets à erreur, et s'ils peuvent se tromper sur leur propre terrain, que sera-ce lorsqu'ils fonctionneront sur un domaine étranger, celui de la science mentale ? Quelle certitude leur avis pourra-t-il donner ? Et puis, comme le faisait remarquer M. Testelin, l'opposition restera quand même, parce qu'elle ne désarme et ne désarmera jamais. « Le démon du soupçon, dit aussi M. Combes, possède-t-il à ce point des imaginations qu'il englobe trois médecins dans une même pensée de complicité possible ? Alors, messieurs, laissez-moi vous dire que ce démon ne respectera rien, pas plus la justice que la médecine, pas plus les membres du tribunal que les membres du corps médical. »

Un dernier argument pourra être invoqué par les partisans de la réforme nouvelle. Ils pourront montrer que l'intervention des magistrats dans les questions d'aliénation mentale n'est pas une innovation absolue, et que sous le régime de la loi actuelle, elle se produit dans plusieurs circonstances, notamment dans certains cas de maintenue dans les asiles, de jugements criminels et d'interdiction. J'ai dit plus haut quelles pouvaient être les conséquences de cette intervention lorsqu'il s'agit de la sortie d'un aliéné de l'asile où il est traité ; je n'y reviendrai pas. En ce qui concerne les affaires criminelles, les conditions ne sont plus les mêmes ; le magistrat a devant lui non un malade à traiter, mais un prévenu à juger, et jusqu'à ce que l'homme de l'art ait déclaré que ce prévenu est un malade et son méfait un acte morbide, la justice n'a affaire qu'à un criminel qui, à ce titre, lui appartient complètement. Quant à la question de l'interdiction des aliénés, je ne voudrais pas la traiter ici, cela m'entraînerait trop loin ; mais je dois faire remarquer que l'interrogatoire du malade par le juge, qui est l'acte le plus important de la procédure, constitue également une anomalie inexplicable, et qui donne lieu, dans la pratique, à des difficultés et à des complications sans nombre. La plupart des magistrats eux-mêmes en conviennent et il est

certain qu'une réforme de la loi à cet égard s'imposerait à bref délai.

Ainsi donc, au point de vue théorique, la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité médicale, me paraît, de toute façon, condamnée. Voyons maintenant, sans insister sur ce point, quelles complications de formalités ce système entraînerait dans la pratique.

Dr E. RÉGIS.

(A suivre)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ramhaud, ancien prosecteur des hôpitaux, membre fondateur de la Société d'anthropologie.

NOMINATIONS.—Par décrets, en date du 30 décembre 1886, sont nommés :

1o Professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, M. Gariel.

2o Professeur d'anatomie à ladite Faculté, M. Farabeuf.

3o Professeur de pathologie interne à ladite Faculté, M. Dieulafoy.

4o Professeur de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, M. Moissan.

LÉGION D'HONNEUR. — Par différents décrets ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Raoult, médecin principal de première classe.

Au grade d'officiers. — MM. les docteurs Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Empis, médecin de l'Hôtel-Dieu; Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière; Esoto-Demazy, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés au Mans; Balley et Guérin, médecins principaux de première classe; Paoli, médecin principal de deuxième classe; Guyon, de Bourilhon, Hass, médecins-majors de première classe; Beauchef, médecin au Prytanée militaire; Cassien, médecin principal de la marine; MM. Auhrit, pharmacien-major de première classe; Moissan, agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Au grade de chevaliers. — MM. les docteurs Ocana, Annesley, Laurent, Montané, Julié, Cazalas, médecins-majors de 1re classe; Mestrude, Chouet, Honigue Blanc, Henry, Lartigue, Couderc, Yvert, médecins majors de deuxième classe; Boppe, médecin aide-major de première classe; Amat (L.-E.), médecin aide-major de deuxième classe; Brindejonc de Treglodié, Barret, Dorvau, Nédelec, Lecorre, Keisser, médecins principaux de première classe de la marine; Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Thomas, ancien interne des hôpitaux, maire du XIIIe arrondissement; Miard, à Paris; Boussans, ancien membre du Conseil général de l'Ariège; Ouvrier, vice-président du Conseil général de l'Aveyron; Coste, médecin en chef du service des hôpitaux civils de Marseille; Castan, médecin en chef de l'hôpital de Gaillac; Taulier, vice-président du Conseil d'arrondissement et adjoint au maire d'Avignon; Heylles, médecin civil de l'hospice mixte de Castelnaudary; MM. Masson, Breuil, pharmaciens-majors; Ferrand, pharmacien de première classe honoraire; Mme Lahorde, en religion sœur Bathilde, attachée aux salles militaires de l'hospice de Beauvais; MM. les docteurs Charrin et A. Martin, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, les chaires de clinique obstétricale et de clinique médicale de la Faculté de médecine de Nancy sont déclarées vacantes.

— Par décret, en date du 24 décembre 1886, le doyen de la Faculté de médecine de Lille, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 11 septembre 1886, la donation faite par la dame veuve Parise, d'un capital productif d'une rente annuelle de 100 francs pour la fondation d'un prix biennal.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Chapplain, professeur de clinique chirurgicale, est maintenu, pour une période de trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Brissonnet, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours pour deux places de médecin-adjoint vient de se terminer par la nomination de MM. André Moussous et Dallidet.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours avec titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Le titre de docteur en médecine est exigé pour en obtenir la titularisation.

MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur sont imposées et sur les avantages qui leur sont réservés.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 janvier 1887.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE (Bureau pour l'année 1887). — Président : M. Limousin. — Premier vice-président : M. le docteur Dujardin-Beaumetz. — Deuxième vice-président : M. le docteur Laburthe. — Secrétaire général : M. le docteur Gillet de Grandmont. — Secrétaire adjoint : M. G. Champigny. — Secrétaires annuels : MM. les docteurs Trousseau, Léon Petit, Tolédano, Dupont. — Trésorier : M. L. Jolly. — Archiviste : M. le docteur Duloys de la Vigerie.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en 40 leçons tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et aux opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 17 janvier 1887.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire, 4, rue Suger.

— LA GAZETTE GÉOGRAPHIQUE ET L'EXPLORATION, journal hebdomadaire, 6, rue Cassette. — Sommaire du no 52. — De la transcription des noms géographiques. — Le lac Assal. — La mission française dans l'Asie centrale. — La Terre de feu. — Affaires coloniales de la France. — Mouvement colonial de l'étranger. — Nouvelles géographiques. — Renseignements et statistiques. — Nécrologie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 DÉC. AU SAMEDI 1er JANVIER 1887

Fièvre typhoïde 17.—Variole 1.— Rougeole 32 — Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 32 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 48. — Phthisie pulmonaire 192.— Autres tuberculoses 10 —Autres affections générales 74 — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 97. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 19. — au sein et mixte 18 — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 90. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respira-

toire 79. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 8 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 20.— Causes non classées 23. — Total de la semaine : 1.029 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Agenda médical pour 1887, contenant : 1o un formulaire magistral, par M. Delpech ; 2o un mémorial thérapeutique du praticien, par MM. Trousseau et C. Paul ; 3o un mémorial obstétrical, par le professeur Pajnt ; 4o Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur De Valcour. Plus un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes : la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; les facultés et écoles préparatoires de médecine de France ; les écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses sociétés médicales ; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix : brocbé, 1 fr. 75 ; cartonné à l'anglaise, 2 fr. ; divisé en cinq cahiers (trimestres à deux jours par page) et doré sur tranches, de façon à pnuvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 fr. ; divisé en cinq cahiers (trimestres à un jnur par page) et doré sur tranches, 3 fr. 50 ; trimestres seùls dnrés sur tranches à deux jours par page, 1 fr. 75 ; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses : no 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; no 2, maroquin à patte, avec crayon, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; no 3, maroquin à patte, avec craynn et petite trousse, doublé en soie, 5 fr. ; no 4, maroquin à patte, avec craynn et petite trousse, doublé en maroquin, 7 fr. ; no 5, maroquin à patte, avec crayon et petite trousse, avec fermoir en maillechort, 9 fr.

Paris, librairie Asselin et Houzeau, éditeurs.

La capitale de l'Equateur au point de vue médico-chirurgical, par le docteur E. Gayraud, agrégé à la Faculté de Mnntpellier, et le docteur D. Domec, professeur à la Faculté libre de Lille. In 8o, 1886. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie A. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le *Traitement de la phthisie pulmonaire*, par les docteurs A. Filleau et Léon-Petit.—Paris, 1886, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Ce Bulletin commence une série d'études sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, faites en commun dans leur laboratoire, par les docteurs Filleau et Léon-Petit, et que ces auteurs publieront par fascicules tnus les deux mois environ. L'ensemble des Bulletins formera chaque année un important volume, qui a sa place marquée dans la bibliothèque du praticien.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. — N° 3 — 15 JANVIER 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'OPPORTUNITÉ DE LA SUTURE DANS LE CAS DE PLAIES DE L'INTESTIN PAR ARMES A FEU,

par M. LE DENTU, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Quatrième cas. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par la balle d'un pistolet de tir. — Péritonite. — Mort.*

Le malade était un homme d'un embonpoint assez développé, vigoureux et jeune (environ 40 ans). Je fus appelé près de lui un soir de l'année 1881, rue de Belleville. Je ne me rappelle pas s'il y avait eu entérorrhagie, mais déjà, au bout de quelques heures (l'accident avait eu lieu dans la matinée, vers midi) la péritonite semblait menaçante.

Glace, opium, pansement antiseptique.

Le pronostic très grave que j'avais porté se réalisa. La mort eut lieu au bout de quatre à cinq jours. L'autopsie n'eut pas lieu.

Ainsi, dans les quatre cas de plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu dont j'ai gardé le souvenir bien net, deux fois le projectile avait passé entre les anses intestinales sans les perforer. L'un des blessés aurait guéri, suivant toute probabilité, si la plaie concomitante du sacrum n'avait éte le point de départ d'une septicémie aiguë. Or, c'était un blessé de la guerre, et le projectile était une de ces grosses balles olivaires prussiennes d'un diamètre sensiblement supérieur à celui d'une balle de Chassepot.

Les faits de ce genre, déjà signalés par les vieux chirurgiens militaires, ont été confirmés par les chirurgiens américains. On en trouve plusieurs exemples dans le tome II de l'histoire de la guerre de sécession (*War of the rebellion*). Mais ils n'en sont pas moins exceptionnels, et je suis bien certain que peu de chirurgiens ont eu, comme moi, l'occasion d'en observer deux.

Sans la plaie artérielle qui a fourni une abondante hémorrhagie, mon second blessé aurait eu beaucoup de chances de se tirer d'affaire.

Le premier de mes blessés, qui avait sans doute des plaies de la vessie et de l'intestin, a dû succomber rapidement. Quant au dernier, je reste convaincu que chez lui l'intestin avait été lésé.

Donc, en résumé, pour des causes diverses, quatre cas, autant de morts, sans intervention chirurgicale autre qu'une simple extraction du corps étranger.

Voyons par analogie ce que m'a donné l'intervention dans deux cas de plaie de l'intestin : le premier par coup de couteau, le second par pénétration d'une plaque de cuivre lancée par une machine à frapper.

Cinquième cas. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. — Hernie de l'intestin. — Réduction après suture. — Mort.*

Il s'agit d'un cas ancien (1874). Un sergent de ville, voulant arrêter un malfaiteur, reçoit un coup de couteau dans le ventre, vers minuit. Le lendemain matin, je le vois à ma visite à l'hôpital Saint-Antoine. Une anse intestinale de 10 à 12 centimètres fait hernie à travers la plaie. Je débride celle-ci et je cherche sur l'intestin la blessure que je suppose exister. A peu de distance de l'anse herniée, je trouve une petite perte de substance que je réunis de suite au moyen d'une suture en bourse.

Le sujet paraît déprimé, mais ne présente pas de signes de péritonite.

La dépression s'accentue dans la journée, et la mort survient au bout de quelques heures.

A l'autopsie, je constate qu'une deuxième blessure a échappé à mes recherches. Si le sujet n'avait pas succombé à cette forme de péritonisme que j'ai appelée *péritonisme dépressif*, une péritonite franche aurait à coup sûr amené la mort.

Sixième cas. — *Plaie pénétrante de l'abdomen et blessure de l'intestin par une plaque de cuivre lancée avec violence. — Hernie de l'épiploon. — Suture de l'intestin. — Mort.*

En 1881, un ouvrier m'est amené à l'hôpital Saint-Louis dans l'état suivant ; une petite portion de l'épiploon fait hernie au travers d'une petite plaie de la paroi abdominale, située à peu de distance au-dessus du ligament de Poupart. Cet ouvrier travaillait à une machine à frapper et son travail consistait à présenter à la machine des plaques de cuivre *rondes*, d'environ 3 centimètres de diamètre, de 2 millimètres d'épaisseur. Une de ces plaques, mal mise en place, fut frappée seulement sur son bord par la pièce agissant comme marteau et lancée vers le ventre de l'ouvrier. Elle perfora la paroi abdominale comme un couteau.

Il y avait à peine deux heures que l'accident avait eu lieu quand je vis le blessé. J'agrandis largement la plaie, je réséquai la portion herniée de l'épiploon et je réduisis le pédicule lié au catgut, après l'avoir désinfecté.

J'examinai avec soin les anses intestinales voisines de la blessure, et sur l'une d'elles je trouvai une solution de continuité de 1 cent. et demi de long. A quelque distance de ce point, à 12 cent. environ, je sentis le corps étranger *dans l'intestin*. Je l'amenai peu à peu vers la plaie et je le fis sortir en étalant la solution de continuité que son passage avait produite.

Il était évident qu'il ne pouvait y avoir qu'une blessure à l'intestin. Le cas était donc relativement simple.

Je fis la suture suivant le procédé de Lembert, avec les précautions antiseptiques; je fermai la plaie abdominale et j'établis une douce compression sur le ventre.

Opium à doses répétées.

Cependant la mort survint dans la nuit, moins de vingt heures après l'accident.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes rien qu'un peu de congestion du péritoine.

En résumé, voilà six cas de plaies pénétrantes de l'abdomen à terminaison malheureuse.

Dans le premier (éclat d'obus), l'intervention eut lieu dans des conditions désespérées.

Le second et le troisième étaient susceptibles de guérison sans intervention, puisque la mort a été amenée par des causes indépendantes de toute lésion intestinale (septicémie par blessure du sacrum, blessure d'une artère de l'épiploon).

Le quatrième implique la blessure de l'intestin suivie de péritonite.

Les deux derniers cas s'éloignent notablement de celui de MM. Trélat et Pozzi, puisque dans l'un l'intestin était resté exposé à l'air pendant quelques heures, et que dans l'autre ce n'est pas une laparotomie proprement dite que j'ai faite, mais un large débridement d'une plaie préalable.

Il est vrai que, dans le second cas, l'intestin grêle blessé n'avait pas été exposé à l'air, puisque l'épiploon seul était hernié. L'intervention a été couronnée d'un succès immédiat; l'extraction du corps étranger, la suture de l'intestin, l'intervention très hâtive, l'antisepsie, permettaient d'espérer la guérison. Et cependant la mort a eu lieu, sans signes manifestes de péritonite, sans phénomènes réactionnels intenses, mais par suite de la dépression, qui est très souvent la conséquence du traumatisme intestinal et que la médication la plus rationnelle ne parvient souvent pas à faire cesser.

Que conclure, sinon que, même dans les circonstances où tout paraît assurer le succès, celui-ci n'est rien moins que certain ?

Aussi comprend-on les réserves de certains chirurgiens dont M. Verneuil s'est fait l'interprète dans sa réponse à M. Trélat. Oui, certes, il est bien tentant, lorsqu'il y a lieu de supposer une blessure unique ou multiple de l'intestin, d'ouvrir l'abdomen, de faire la recherche des perforations et de les suturer. C'est ce qu'a fait M. Pozzi, assisté de M. Trélat, et, malgré toutes les conditions favorables rappelées plus haut, l'opéré a succombé (1). J'accorde que le cas était complexe et compliqué, mais se trouvera-t-on souvent en présence de conditions aussi simples que celles de ma sixième observation ? Ce qui n'a pas empêché la mort de survenir rapidement.

Il ne faut donc pas se faire d'illusions sur les chances de succès de l'intervention. La question est de savoir si elles sont plus favorables que celles de l'expectation et du traitement médical. Les résultats déplorables révélés par les statistiques, en cas d'abstention, sont bien faits pour enhardir les chirurgiens. Néanmoins la sagacité du clinicien se trouve ici aux prises avec un problème des plus ardus. Il faut prendre un parti séance tenante, le plus tôt possible après la blessure; mais alors les signes d'une péritonite menaçante sont à peine esquissés, et si l'on attend qu'ils le soient davantage, on s'expose à laisser échapper le bon moment. Au bout de quelques heures, on est mieux renseigné. Une ou plusieurs évacuations sanguines ou sanguinolentes ont pu se faire par l'anus; l'anxiété, l'accélération de la respiration, la sensation d'angoisse dans la région épigastrique, la tendance au refroidissement des extrémités, les vomissements, même rares, ou simplement une dépression croissante que n'arrêtent ni les stimulants, ni la chaleur artificielle, tels sont les principaux signes dont il faut guetter l'apparition. M. Trélat pense qu'au-delà de la quinzième heure après la blessure l'intervention ne peut plus guère réussir. Je me rallie entièrement à sa manière de penser, et je crois aussi, comme lui, que ce n'est pas tenter l'impossible que d'aller directement à la recherche des lésions.

J'ai soutenu l'intervention dans les cas de plaie ou de rupture de la vessie. Elle n'est pas moins rationnelle dans le cas de plaie de l'intestin. Ce qui est acceptable pour les plaies par armes à feu, l'est *a fortiori* pour les plaies par instruments tranchants, lorsqu'elles ne sont pas trop étendues, mais dans l'un et l'autre cas il faut, autant que possible, obéir à des indications de quelque netteté. Je repousserais énergiquement la laparotomie purement exploratrice, si la question avait été placée sur ce terrain.

(1) J'ai dit plus baut que l'autopsie du jeune homme opéré par M. Pozzi avait été faite. Il n'y a pas trace de péritonite. Toutes les perforations avaient été suturées. Aucune n'avait échappé aux recherches de M. Pozzi et de M. Trélat. Les sutures ne laissaient pas transsuder l'eau poussée avec une certaine force dans l'intestin. Au niveau de l'une des perforations, comme la réunion avait porté sur une grande partie de la circonférence de l'intestin, ce dernier était rétréci, mais admettait le petit doigt. Les matières n'avaient pas franchi ce point. Néanmoins on peut affirmer que si elles sont restées dans le bout supérieur, c'est uniquement à cause de l'inertie dont l'intestin était frappé. Cette inertie ne pouvant à elle seule expliquer la mort, il faut faire intervenir ce je ne sais quoi de mystérieux qui résulte du choc traumatique des plexus nerveux abdominaux.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme a feu.—Six blessures de l'intestin grêle, deux de la vessie. — Laparotomie huit heures après l'accident. — Mort soixante heures après l'accident, par M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine (1) (Observation présentée à la Société de chirurgie, recueillie par M. Adrien Pozzi, interne des hôpitaux).

Un jeune homme de 15 ans reçoit, par accident, à trois heures et demie le samedi 11 décembre 1886, un coup de revolver, calibre 7 millimètres 1/2, tiré à la distance de 2 mètres. Le coup pénètre un peu obliquement de haut en bas et de droite à gauche.

Immédiatement, le blessé tombe avec une sensation de douleur très vive de l'abdomen et envie d'uriner. Il faut noter qu'il n'avait pas uriné depuis longtemps; il avait aussi fort peu déjeuné et se trouvait presque à jeûn depuis la veille. Il se relève aussitôt et il fait quelques pas dans la pièce où il se trouve. On doit ensuite le porter chez lui.

Appelé à six heures du soir, M. Pozzi le trouve dans l'état suivant :

Il est en train de vomir des matières glaireuses et alimentaires; il se plaint de ressentir des frissons et une douleur vive dans l'abdomen. Il n'a pas uriné depuis l'accident.

Plaie petite, noirâtre, à deux travers de doigts au-dessus de l'arcade de Fallope, à trois travers de doigts en dedans de l'épine iliaque gauche. Le ventre est souple, mais douloureux à l'hypogastre. Pas de tympanite.

(1) Cette observation a été le point de départ de l'importante discussion qui a rempli les dernières séances de la Société de chirurgie, et à laquelle se rapporte le mémoire de M. le docteur Le Dentu que nous publions plus haut.

Le cathétérisme retire environ 200 grammes d'urine sanglante; un caillot est engagé dans l'œil de la sonde quand elle est enlevée.

Prescription. — Glace sur le ventre; petits morceaux de glace administrés à l'intérieur tous les quarts d'heure pour calmer les nausées.

L'existence certaine d'une plaie de la vessie et probable d'une plaie de l'intestin fait décider immédiatement la laparotomie. M. le professeur Trélat, consulté, approuve cette décision et veut bien prêter sa précieuse assistance.

Elle est pratiquée à onze heures et demie du soir dans une chambre d'hôtel, difficilement éclairée, huit heures après l'accident.

Incision au niveau de la ligne blanche remontant à l'ombilic.

Infiltration d'urine dans le tissu cellulaire prévésical. Au moment de l'ouverture du péritoine, un flot d'urine sanguinolente s'en échappe.

On tombe immédiatement sur un corps étranger qui paraît être un fragment de graine (haricot, pistache, fragment osseux recouvert de cartilage?); il a été malheureusement perdu. Immédiatement au-dessous, large perforation de l'intestin grêle (jejunum) qui est du reste entièrement vide. Cette perforation a environ 4 centimètres dans le sens de la longueur et 2 dans la largeur. Elle est formée de trois parties séparées par deux petits points de substance intestinale déchiquetée. Les bords en sont noirâtres et contus. Avivement aux ciseaux qui enlèvent le petit lambeau médian. Suture de Lembert avec 11 points de soie de Czerny phéniquée.

(Pour toutes ces manœuvres, l'intestin grêle a été sorti de l'abdomen et étalé sur des compresses formées de plusieurs doubles de gaze phéniquée, trempée dans l'eau bouillie chaude. On le maintient recouvert le plus possible, sauf au niveau du point où on opère).

A quelques centimètres de cette perforation, on trouve une ulcération de 1 centimètre de longueur, légèrement grisâtre d'aspect; on met en cet endroit 3 points de suture.

On découvre bientôt après une deuxième perforation arrondie, à pic, de 1 centim. 1/2 de diamètre environ; on la ferme par 4 points de Lembert.

Un peu plus loin, une plaie contuse assez superficielle de 15 millim. de long est suturée par 5 points séparés.

L'on croyait en avoir fini avec les perforations intestinales, lorsque, en procédant à un dernier examen de récapitulation, on trouve près de la première perforation, immédiatement au-dessous d'elle mais plus près du bord mésentérique, une autre perforation arrondie de 2 centimètres de diamètre, près de laquelle se trouvait une petite surface très superficiellement ulcérée. Nul doute que si cette dernière lésion eût été découverte d'emblée, on n'eût plutôt procédé à la résection de l'intestin dans toute sa circonférence et à l'abouchement des deux bouts. Mais pour ne pas prolonger outre mesure l'opération, on se décide à faire encore là une suture; on met en ce point 6 fils de soie. En cet endroit de l'intestin, il y avait donc sur la majeure partie de sa circonférence une ligne de suture; celle-ci ne l'entourait pas circulairement, mais légèrement en pas de vis; il en résultait un rétrécissement notable du calibre intestinal: celui-ci restait cependant suffisant pour que le doigt pût y jouer à l'aise et pour permettre par suite le libre passage des matières liquides et gazeuses. L'indication vitale paraissait à MM. Trélat et Pozzi dominer toute autre préoccupation et il était urgent de terminer vite cette laborieuse opération.

Pas traces de matières fécales dans l'abdomen.

L'examen de la vessie fut assez pénible; l'on dut, pour procéder à la recherche de la ou des perforations qu'avaient affirmé l'hématurie, se servir de la lampe électrique d'Aubry, portée dans le petit bassin après refoulement en haut de la masse intestinale. L'on arriva enfin à trouver sur la face postérieure une surface ulcérée qui fut prise au premier abord pour une simple plaie contuse, l'exploration directe, d'avant en arrière, ne permettant pas à la sonde de pénétrer. Mais l'on finit par arriver dans un trajet très oblique de droite à gauche et juste dans la direction du trajet abdominal de la balle, comme on put le vérifier à l'aide d'une sonde en gomme. La perforation est fermée par quatre points de suture.

Toutes les recherches directes d'un second orifice vésical furent vaines. Mais, persuadé qu'il devait y avoir un deuxième trou de sortie, puisque l'exploration manuelle de la vessie n'avait point fait sentir de balle dans le réservoir urinaire et que l'exploration avec une sonde métallique n'avait fait rencontrer aucun corps étranger, M. Pozzi eut recours à des preuves indirectes. On fit une injection boriquée dans la vessie. Tout d'abord, rien ne vint; mais lorsque la tension vésicale commença à s'accentuer, on vit sourdre du liquide presque sous le pubis. Il existait donc un pertuis en ce point; mais, vu la profondeur et étant donné la vascularisation veineuse de la région, on renonça à la suture de ce trou situé probablement tout près du col vésical.

Cependant, pour empêcher la filtration d'urine dans le péritoine et pour bien isoler cette région sous et extra-péritonéale, on suture soigneusement le cul de-sac péritonéal, de manière à former une sorte de toiture membraneuse au-dessus de la région vésicale. On divise ainsi en deux régions la plaie opératoire. L'une, la supérieure, péritonéale, contenant des perforations suturées; l'autre inférieure, présentant une plaie pouvant laisser filtrer l'urine intra et extra-péritonéale. A ces deux régions, on appliqua un traitement différent: la supérieure fut suturée comme dans l'ovariotomie avec des points d'argent profonds et superficiels; l'autre fut laissée ouverte en avant et on y plaça un double tube en canon de fusil, entouré de gaze iodoformée. Pansement à l'iodoforme.

L'opération a duré deux heures un quart. Une sonde à demeure est placée dans la vessie. Injection d'éther.

La nuit est bonne Le malade dort peu, mais est tranquille. La réaction s'est bien faite. Le pouls est bon.

Diète absolue. Un morceau de glace toutes les demi-heures environ.

La sonde fonctionne bien. L'urine n'est plus teintée. Il n'y a pas de nausées.

Le 12.— Température matinale 37. Le pouls est régulier, fort, à 90°. Le malade se sent bien; la voix est claire. Il se plaint seulement de quelques douleurs dans la vessie et d'une douleur dans la cuisse, dans la région d'innervation du nerf obturateur, et qu'on attribue à la présence probable de la balle vers la région du trou sous-pubien.

On permet au malade de prendre tous les trois quarts d'heure deux cuillerées à café de thé, qu'il réclamait avec insistance. Excellente journée. Etat général et local parfait. Température vespérale, 37°.

A dix heures du soir, injection de 1 centigr. de morphine. Le malade s'endort. A trois heures, il se réveille, se plaignant de douleur en voulant uriner. La sonde, fonctionnant mal, est retirée, nettoyée, remise, et on injecte dans la vessie de l'eau boriquée tiède à 4 0/0.

Le reste de la nuit est bon.

Le 13, à 7 heures, le malade se réveille, dispos; mais la voix est un peu moins forte et la figure moins pleine. Le malade n'ayant pas été à la garde-robe, on lui administre un grand lavement avec 4 cuillerées de glycérine. Le lavement est rendu sans résultat.

Température matinale, 37°.

Vers 11 heures, le malade s'agite, se plaint, demande à boire, et ses parents lui laissent prendre un verre d'eau froide.

Vers midi commencent des vomissements porracés qui ne cessent pas de l'après-midi. A 10 heures du soir, nouveau lavement, qui donne évacuation à quelques matières fécales; lavage vésical, injection de 1 centigr. de morphine. Le malade est très agité, les traits sont tirés. La température axillaire est de 36°.

Le malade s'endort. Les vomissements cessent, mais le pouls est très petit, les extrémités sont froides. On entoure le malade de boules chaudes. A 3 heures du matin, il se réveille extrêmement

agité, en proie à un cauchemar affreux, se plaignant de ne pouvoir respirer et d'avoir un corps étranger dans la gorge. Bientôt il retombe épuisé; la respiration devient stertoreuse.

Deux injections successives d'éther.

A 4 heures, mort : 60 heures après l'accident, 52 heures après l'opération.

L'autopsie médico-légale, faite par M. le docteur Descouts, a montré que la balle s'était logée dans le haut de la cuisse après avoir écorné le trou sous-pubien; le corps étranger rencontré pendant l'opération était donc bien probablement un fragment ostéo-cartilagineux.

Il n'y avait aucune trace de péritonite appréciable à l'œil nu.

Aucune perforation intestinale n'avait échappé à l'opérateur.

Les sutures avaient parfaitement tenu; un courant d'eau poussé sous pression dans l'intestin ne donnait lieu à aucun suintement extérieur.

Il existait au niveau indiqué dans la description de l'opération un rétrécissement de l'intestin que M. Descouts évalue aux deux tiers du calibre total.

M. Pozzi croit que la mort doit être attribuée à la paralysie intestinale et à la septicémie qui en est la conséquence. Cette paralysie est elle-même un premier effet de la péritonite, alors que les lésions n'en sont pas appréciables à l'œil nu.

REVUE GÉNÉRALE

De la néphrotomie et de la néphrectomie

Suite. — Voir les numéros 1 et 2.

Il nous reste à parler de la méthode *intrapéritonéale* ou mieux *transpéritonéale*. Les chirurgiens qui l'ont pratiquée ont d'abord incisé sur la ligne médiane. Langenbuch a le premier proposé une laparotomie latérale, dans laquelle l'incision porte en dehors du muscle grand droit et offre l'avantage d'éviter le feuillet interne du mésocolon, où rampent les vaisseaux qui montent au colon transverse; de plus, la division du mésocolon conduit rapidement sur la capsule graisseuse du rein sans crainte d'hémorrhagie. Sans l'admettre d'une façon exclusive, on peut donc considérer l'incision de Lengenbuch comme étant de beaucoup préférable à l'incision médiane que Thornton préconise surtout, parce qu'elle permet l'exploration du rein du côté opposé. Cet avantage, souvent illusoire, ne compense pas les dangers auxquels on s'expose d'un autre côté.

L'abdomen, une fois ouvert, il faut, comme dans toute laparotomie, s'opposer à l'issue des intestins; mais ici les difficultés sont très grandes, à cause du nombre et de la longueur des manœuvres. L'intestin une fois écarté, on aperçoit le rein et le colon qui le coiffe. La règle est de l'attaquer en passant en dehors du gros intestin; mais si celui-ci est refoulé en dehors par la tumeur, il faudra bien inciser le feuillet inférieur du mésocolon transverse. Des succès ont d'ailleurs suivi les opérations faites de la sorte.

L'énucléation de la tumeur peut présenter de très grandes difficultés, dues surtout à l'étendue des adhérences; aussi ne saurions-nous assez insister, avec M. Le Dentu, sur la nécessité de faire un diagnostic aussi complet et aussi précis que possible avant de commencer une opération. L'incision exploratrice, très en faveur auprès des chirurgiens allemands et anglais, ne nous semble avoir que des indications fort restreintes en présence d'une tumeur supposée du rein. Quoi qu'il en soit, la tumeur étant peu adhérente, on divise par section ou déchirure le péritoine qui la recouvre, en faisant une hémostase minutieuse, et on procède de suite à la ligature du pédicule, aussitôt après le dégagement de la face antérieure du rein. Le gros danger de cette méthode est en effet l'hémorrhagie, et les cas sont nombreux où elle a eu les plus funestes conséquences. Puis on continue la décortication du rein. Dans le cas ou le tissu est friable, peut-être serait-il bon de procéder au morcellement de la tumeur, comme l'a fait M. Péan en présence d'un néoplasme volumineux.

La conduite à tenir, relativement au traitement du pédicule, est ici la même que pour la néphrectomie lombaire : autant que possible, il faut faire séparément la ligature des vaisseaux et de l'uretère; mais fréquemment on a été obligé de lier en masse. Un point des plus importants est d'assurer l'occlusion du bout inférieur de l'uretère au moyen de ligatures solides. La pratique de Thornton, qui fixa ce conduit à la partie supérieure de la plaie, n'a pas fait fortune même auprès de ses compatriotes.

Le rein une fois enlevé, doit-on procéder à la suture de la portion du péritoine qu'on a divisée pour attaquer la tumeur? Les opinions diffèrent ici. Spencer Wells recommande de faire cette suture; Czerny la juge inutile. On peut objecter, en effet, qu'elle prolonge une opération déjà longue par elle-même; de plus, il faut remarquer, avec M. Le Dentu, que les lèvres de l'incision péritonéale ont une grande tendance à se rapprocher, que souvent même il y aurait avantage à en exciser des lambeaux rendus flasques et peu vivaces par suite de l'ablation de la tumeur sous-jacente. Une précaution indispensable, selon la plupart des opérateurs, est de faire une contre-ouverture au travers de la masse sacro-lombaire pour établir un drainage postérieur qui assure l'asepsie du vaste foyer rétro-péritonéal.

Les deux opérations si différentes que nous venons de décrire reconnaissent-elles des indications analogues, et leurs résultats peuvent-ils être mis en parallèle? Avant de répondre à ces questions, il est nécessaire de passer en revue les diverses affections rénales contre lesquelles on a dirigé une intervention chirurgicale et de faire le bilan de la mortalité après chaque série de ces opérations. C'est la thèse de M. Brodeur qui nous fournira le plus grand nombre de documents sur ce point.

Les anomalies de situation, la *mobilité* ordinairement acquise du rein, peuvent donner lieu à des douleurs dont la violence justifie une intervention. Dans ces cas, deux méthodes s'offrent au chirurgien, qui pourra extirper le rein ou le ramener dans sa situation normale et l'y fixer au moyen de points de suture, faire, en un mot, une *néphrorraphie*, pratiquée pour la première fois en 1881 par le professeur Hahn (de Berlin). Celui-ci fit une incision lombaire aux bords de laquelle il sutura le rein avec 6 à 8 fils de catgut, en les faisant passer les fils à travers les capsules cellulo-adipeuse et fibreuse. Cette tentative réussit; le rein fut fixé solidement et les douleurs disparurent. Hahn répéta 5 fois son opération toujours avec succès, et il eut rapidement des imitateurs, puisque Gross a pu, quatre ans plus tard, en rassembler 18 observations avec une seule mort. Ces résultats permettraient donc de considérer cette opération comme étant d'une innocuité presque absolue. Mais on lui a reproché de ne pas mettre à l'abri d'une récidive et, dans quelques cas, elle a paru ne faire cesser qu'incomplètement les douleurs. Beau-

coup de chirurgiens préfèrent aujourd'hui l'extirpation de l'organe, en France surtout, où la néphrorrhaphie a été peu pratiquée jusqu'à présent. L'extirpation est commandée quand le rein mobile est en même temps altéré, s'il contient des calculs, s'il est tuberculeux ou fixé par des adhérences dans une situation anormale, au devant de la colonne, par exemple. Notons toutefois une grave objection faite à la néphrectomie, qui est applicable d'ailleurs à toutes les opérations de ce genre, c'est la possibilité de l'existence d'un rein unique, ou encore une altération profonde du rein respecté. Deux exemples en sont rapportés par M. Brodeur. En somme, il résulte des statistiques que la néphrorrhaphie est moins dangereuse, mais que les résultats en sont souvent incomplets. La mortalité, assez forte après l'extirpation des reins flottants, tient peut-être à la méthode suivie la plus généralement jusqu'ici. En effet, sur 20 laparotomies faites dans ce but, on compte 8 décès, tandis que les 6 néphrectomies pratiquées par la voie lombaire ont donné 6 guérisons. C'est aussi cette méthode qui a semblé prévaloir au dernier Congrès français de chirurgie. M. Le Dentu, en particulier, a insisté sur la possibilité d'attaquer le rein en arrière dans presque tous les cas, même lorsqu'il a plongé dans la cavité péritonéale et qu'il semble entièrement coiffé de la séreuse.

L'*hydronéphrose* a été depuis longtemps soumise à un traitement chirurgical; c'est ainsi que Simon a conseillé dans certains cas de pratiquer le cathétérisme de l'uretère, que Dieulafoy a guéri une hydronéphrose suppurée en y pratiquant 47 ponctions aspiratrices consécutives. Wolfler a de même obtenu une guérison après une ponction suivie d'injection iodée. Par contre, M. Nicaise a eu un insuccès en appliquant à une hydronéphrose la méthode de Récamier. Les premières opérations radicales qu'on a tentées contre ces épanchements liquides n'ont été faites qu'accidentellement, à la suite d'erreurs de diagnostic. Esmarch, Billroth, Lawson Tait, ont enlevé des reins après avoir commencé une laparotomie pour un kyste soit de l'ovaire, soit du mésentère. Weir (de New-York) s'attaqua le premier, de propos délibéré, en 1878, à une tumeur liquide du rein; il fit une néphrotomie et guérit sa malade. Cette opération ne sembla bientôt plus assez radicale, surtout à l'étranger, où on a surtout eu recours à l'extirpation du rein, préférence qui nous semble mal justifiée par les résultats; la statistique des néphrectomies en pareil cas est des plus mauvaises, car on compte 9 décès sur 22 opérations. Tout au contraire, les néphrotomies, aujourd'hui au nombre de 12, ont donné lieu à une série de succès sans exception; 2 de ces opérations ont laissé, il est vrai, des fistules urinaires, mais ce danger ne nous semble pas de nature à faire renoncer aux bénéfices qu'une incision simple du rein procure aux malades. D'ailleurs, dans un cas de M. Nicaise, à la suite d'une néphrotomie qui avait laissé une fistule, la néphrectomie fut pratiquée dans de bonnes conditions et le malade guérit.

Nous ne dirons que quelques mots des kystes du rein dont le traitement reconnaît des indications analogues. Les 15 cas que M. Brodeur a réunis se divisent en 12 néphrectomies avec 8 morts et 3 néphrotomies avec 3 guérisons; une fistule a persisté dans un de ces cas. La supériorité de la néphrotomie est ici encore plus évidente.

Les tumeurs du rein ont donné lieu à un certain nombre d'opérations dont la première remonte fort loin, puisqu'elle est due à Walcott, qui l'a pratiquée en 1861; le dénouement fut fatal. Il faut attendre jusqu'à 1877 pour voir Jessop faire une nouvelle tentative d'extirpation, suivie d'un succès peu durable. Depuis lors, 17 néphrotomies contre des carcinomes ont été pratiquées, 12 par la voie abdominale, qui ont donné 8 morts, et 5 lombaires avec 4 guérisons. La guérison est, on le voit, exceptionnelle, et la survie, même dans les cas les plus heureux, n'a jamais été bien longue : aussi croyons-nous qu'une simple néphrotomie, un débridement du rein, comme l'a fait M. Reliquet dans un cas où les douleurs étaient dues à des troubles urinaires, est parfaitement justifiée ; cette opération palliative rend presque autant de services qu'une extirpation. Pour les sarcomes, la statistique est un peu meilleure et elle devient relativement bonne pour les fibromes du rein, contre lesquels on a pratiqué 10 néphrectomies suivies 8 fois de guérison.

Nous abordons une classe de lésions, peu communes, il est vrai, pour lesquelles l'intervention chirurgicale paraît tout indiquée; nous voulons parler des lésions traumatiques. S'il s'agit de contusions, c'est de préférence à la néphrotomie qu'on s'adressera; le chirurgien aura surtout à considérer deux symptômes : l'hématurie, qui commandera l'intervention à bref délai, et la suppuration, pour laquelle la détermination peut être moins hâtive; dans ces cas, une incision avec drainage du foyer suffira souvent; mais si la désorganisation est trop considérable, il faut être prêt à faire une néphrectomie. Une plaie des reins, au contraire, conduira presque toujours à la néphrotomie, car on a alors à parer soit à une hémorrhagie considérable, soit à une hernie de l'organe qu'on ne peut réduire sans danger.

Deux mots seulement des fistules uretérales. Pour celles-ci, le doute n'existe qu'entre l'ablation et l'abstention. Quant à l'opportunité d'une intervention, l'état du malade, la gêne apportée par l'écoulement continu de l'urine, la probabilité de lésions consécutives du rein, sont autant de points à examiner avec soin ; l'intervention, parfaitement légitime, est surtout commandée par la propagation de lésions inflammatoires du rein. C'est donc d'abord l'impossibilité reconnue de fermer la fistule, puis les lésions plus ou moins avancées du rein, qui décideront de l'opération.

L'extraction des *calculs du rein* est certainement une des principales indications de l'intervention chirurgicale. Mais, pour la justifier, il faut que les douleurs et l'ensemble des autres symptômes manifestés par le malade constituent une menace sérieuse. En outre, le diagnostic doit être posé avec la plus grande rigueur. Or, il est souvent hérissé de grandes difficultés, non seulement avant l'opération, mais même après que les premières incisions ont conduit le chirurgien sur le rein, il est quelquefois très difficile de préciser au travers de la capsule le point où siègent les concrétions. L'acupuncture, qui semble un précieux moyen d'investigation, ne donne souvent que des résultats négatifs, et, dans plusieurs observations, on voit l'opérateur, après une quinzaine de piqûres, ne pas parvenir à buter contre un calcul; dans des expériences cadavériques, M. Brodeur a lui-même vainement essayé de retrouver au moyen de l'acupuncture des corps étrangers qu'il avait introduits dans le bassinet. Quoi qu'il en soit, c'est, nous le répétons, par les symptômes que le chirurgien doit se laisser guider, si même les douleurs étaient franchement rénales; tout en conservant des doutes sur la présence d'un calcul, le débridement du rein serait autorisé et il ferait cesser les douleurs. Cette hardiesse est excusée par la statistique qui jusqu'à présent permet de considérer comme peu meurtrière une telle

opération faite dans de bonnes conditions. Sur 23 néphrolithotomies, on compte 22 guérisons. Deux fois, des chirurgiens ont été conduits à enlever tout l'organe où siégeait le calcul; ces néphrectomies ont donné une guérison et une mort.

Dr E. Desnos.

(A suivre.)

HYGIÈNE

Le XIIIe Congrès de l'Association allemande d'hygiène publique en 1886.

Suite et fin. —Voir le numéro 52 de 1886.

Le troisième objet des délibérations du Congrès n'est ni nouveau ni sur le point d'être épuisé. C'était l'*Assainissement des villes*. Comme d'habitude, les opinions les plus divergentes se produisirent, souvent entachées de préoccupations personnelles ou locales. Comme d'habitude encore, la difficulté de se faire des concessions mutuelles en pareille matière laissa les adversaires en présence à l'issue de la discussion et empêcha les formules définitives.

Des deux rapporteurs, l'un parla pour les égouts unitaires et l'*épuration agricole;* l'autre pour l'*épuration mécanique et chimique*.

M. Kaumann (de Breslau) rappela à l'assemblée la canalisation unitaire de cette ville, exécutée sous sa direction, avec des champs d'irrigation correspondants, sur la rive droite de l'Oder, en aval de la ville. Le tout a coûté 6 millions de marks ou environ 20 marks (25 francs) par tête d'habitant; il est vrai que d'anciens canaux ont pu être utilisés et qu'une forte partie du terrain d'irrigation était la propriété de la ville. Ce terrain comprend 659 hectares, soit 1 hectare pour 450 habitants (le double de ce que l'on pense donner *immédiatement* à Paris). Il a suffi largement jusqu'à ce jour; mais on l'étendra quand on le voudra. Les frais de fonctionnement du système, y compris les intérêts et l'amortissement, mais déduction faite des revenus, s'élèvent à 1 mark et demi par habitant et par an.

Le professeur Arnold (de Brunswick) traita la contre-partie de l'exposé précédent en décrivant les procédés d'épuration des eaux-vannes, à l'essai ou adoptés dans quelques villes allemandes, et que l'on désigne par l'épithète assez heureuse de procédés « artificiels »; les « clairs-bassins » de Francfort-s.-M. (qui ne fonctionnent pas encore) et de Wiesbaden; la méthode de Nahnsen, appliquée à Halle; celle de Rœckner-Rothe, à Essen et à Brunswick (cela va sans dire). L'orateur loua l'association de la clarification mécanique avec la précipitation chimique et la filtration, réalisée par ces procédés. Ces méthodes, qui ont causé tant de déceptions, ont repris quelque fierté depuis l'emploi de filtres-presses, qui ont l'air de faire avancer la question de l'écoulement de l'engrais.

Des *thèses* présentées, celle qui portait le numéro 1 passa sans difficulté. Elle est ainsi conçue :

« Aucune grande ville, surtout si elle possède une distribution d'eau, ne peut se dispenser du drainage par canalisation souterraine, attendu que les eaux sales doivent être, le plus tôt possible, éloignées des habitations. »

M. J. Stühben (Centralblatt für Allgemeine Gesundheitspflege, V, p. 373, 1886), à qui nous empruntons les renseignements qui font la base de cet article, fait remarquer avec raison que l'on eût pu sans inconvénient supprimer le restrictif *grande*.

La deuxième thèse était primitivement rédigée ainsi qu'il suit : Les canaux doivent être appropriés à recevoir et à véhiculer d'une façon certaine toutes les eaux sales, y compris les matières des waterclosets, et, selon les conditions locales, pouvoir évacuer aussi les eaux pluviales.

MM. Meyer, ingénieur à Hambourg, et Stühben, architecte, objectèrent justement que cette formule présente comme l'exception ce qui doit être la règle et l'est, en effet, dans celles des villes d'Allemagne qui se sont donné la canalisation rationnelle, unitaire. Ils firent accepter la rédaction suivante : « Les égouts doivent être appropriés à recevoir et à véhiculer d'une façon certaine toutes les eaux sales, y compris les eaux pluviales et les matières des waterclosets, à moins que les conditions locales ne rendent plus avantageuse une conduite distincte pour les eaux de la pluie. »

La troisième thèse disait : « Les eaux urbaines ne peuvent, en règle générale, être déversées aux cours d'eau publics qu'après une épuration efficace. » — Mais, toutes les méthodes d'épuration coûtent fort cher, observe M. Becker (de Cologne), qui a le Rhin à sa porte; les procédés chimiques ou mécaniques paraissent assez incertains et l'épuration agricole elle-même est contestée. Peut-être conviendrait-il, quand on peut sans inconvénient se passer d'épurer, de réserver l'argent municipal pour d'autres besoins sanitaires.—En d'autres termes, permettons à la ville de Cologne de projeter des eaux d'égout dans les flots puissants du Rhin, où leur dilution énorme les fera passer inaperçues.— On comprend que beaucoup d'hygiénistes, même appartenant à des localités moins favorisées, aient saisi avec empressement cette échappatoire. Aussi, la proposition fut-elle modifiée comme ci-dessous :

« L'épuration des eaux urbaines avant leur projection aux fleuves est toujours à recommander. Toutefois, dans l'état actuel de la technique et en face des frais qu'entraînent tous les procédés d'épuration, il convient de ne rendre l'épuration obligatoire que dans les cas où des inconvénients sanitaires sont réellement à craindre ou lorsque des inconvénients d'une nature quelconque se sont fait sentir, et seulement dans la mesure nécessaire à la cessation de ces inconvénients. »

On sait — et nous l'avons exposé à l'article Egouts du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*—que le principe du respect absolu des cours d'eau a quelque peine à prévaloir en Allemagne; les autorités locales et même les Congrès d'hygiène ont résisté, sous ce rapport, aux intentions du pouvoir central et celui-ci a fini par céder. En fait, si l'on consent à sacrifier l'engrais, qui n'a que des rapports indirects avec l'hygiène, il est certain que plusieurs villes allemandes ont des fleuves assez puissants pour diluer à un haut degré les immondices urbaines. L'esthétique est plus compromise que l'hygiène, lorsqu'il flotte quelques crottins et des petits papiers à la surface de l'eau fluviale. Toutefois, les dispositions des hygiénistes de là-bas, dont la majorité venait de se prononcer ainsi à propos de la thèse 3, pouvaient faire présager le sort réservé aux thèses numéros 4 et 5 ainsi conçues :

« 4. L'irrigation agricole est jusqu'aujourd'hui le moyen le plus propre à rendre les eaux d'égout des villes inoffensives, et en même temps à utiliser l'engrais qu'elles renferment;— 5. Là où l'irrigation ne peut être convenablement pratiquée, on doit s'efforcer d'obtenir l'épuration la plus complète possi-

ble des eaux vannes par l'emploi combiné de la précipitation chimique, de la décantation et de la filtration, en tirant le meilleur parti possible de l'engrais qui en résulte. »

En vain, le docteur Lissaner (de Danzig) et M. Trampe, conseiller municipal, citèrent-ils l'exemple si éloqnent de leur ville ; en vain M. Marggraff, du Conseil municipal de Berlin, l'administrateur si convaincu des champs d'Osdorf, fit-il remarquer que les procédés d'épuration artificiels sont tous destinés à tomber à rien par les progrès de la technique scientifique, tandis que les champs irrigués resteraient de fertiles domaines à proximité des villes, alors même que l'irrigation serait abandonnée pour un procédé meilleur. M. Heuser, architecte municipal d'Aix-la-Chapelle, qui a visité l'Angleterre et y a vu ces fameuses usines d'épuration de Leeds, Bradford, Salford, etc., que les Anglais vantent devant les étrangers, probablement parce qu'ils en rougissent entre eux, M. Heuser opposa à la pratique de l'irrigation agricole ce principe si commode : qu'il n'y a pas une méthode unique d'épuration, mais qu'il faut choisir ce qui convient le mieux à chaque localité. Par ailleurs, MM. Hueppe, Hüllmann, Hulwa, vanterent les procédés mécanico-chimiques récemment perfectionnés et présentèrent à la réunion (naturellement) des échantillons d'eau épurée d'une part, et, de l'autre, des gâteaux d'engrais sortant des filtres-presses, assez malodorants d'ailleurs. Tant et si bien que les rapporteurs eux-mêmes retirèrent les thèses 4 et 5 pour éviter un vote dangereux.

La « *technique moderne de la désinfection* » et spécialement « *les établissements publics de désinfection* » fournirent aux discussions assez longues de la troisième journée (Rapporteurs : le professeur Franz Hofmann, de Leipzig, et le docteur Jacobi, de Breslau). Les formules suivantes furent adoptées :

1. Chaque grande ville doit avoir un ou plusieurs établissements de désinfection fixee, annexés ou non à une autre institution municipale. Un appareil de désinfection transportable desservira les petites villes et les localités rurales.

2. Chacun sera admis à user gratuitement de l'établissement de désinfection sur le vu d'un certificat de médecin.

3. Le mode à employer dans les établissements publics est la désinfection par l'étuve à vapeur. On vérifiera le pouvoir désinfectant de chaque appareil. Toutes ces installations seront confiées à une surveillance compétente. Les objets désinfectés seront soigneusement séparés de ceux à désinfecter. Les employés de la désinfection se protégeront contre les contages par des vêtements spéciaux, des respirateurs, des ablutions.

4. Le choix de l'appareil et du mode d'installation reste subordonné aux conditions locales.

5. Il est tout indiqué d'adjoindre une installation de bains à l'établissement de désinfection.

En dehors de Berlin, où fonctionne depuis peu un établissement public municipal de désinfection que M. A.-J. Martin (Gazette hebdomad., 1846, n° 48, p. 777) a soigneusement décrit, nous ne sachions pas qu'il existe encore en Allemagne de créations remplissant les conditions formulées par le Congrès d'hygiène. En France, nous ne savons quelle suite a été donnée, pour Paris, au rapport de MM. Pasteur et Léon Colin (1880). Mais, au grand honneur de la municipalité de cette ville, Reims possède, depuis le 22 juin 1885, une étuve municipale à l'Hôtel-Dieu et une organisation complète de désinfection à domicile (Hoel, *Rapport du Bureau d'hygiène de la ville de Reims*, quatrième année, Reims, 1886).

Jules Arnould.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

Suite et fin. — Voir les numéros 1 et 2.

VI. Sur l'emploi thérapeutique du sulfate de sparteine, par le docteur H. Leo (*Zeitschrift für Klin. Medicin*, t. XII, fasc. 1 et 2, 1887, p. 143). — VII. Sur l'action diurétique du calomel, par P. Terray (*Pester medic. Chirurg. Presse*, 1886, n° 8). — VIII. Emploi de la cocaïne pour calmer la douleur occasionnée par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles, par Mandelbaum (*Monatschrift für prakt. Dermatologie*, 1886, n° 6). — IX. Moyen de corriger l'amertume de la quinine, par le docteur Hugo Engel (*Med. and surj. Reporter*, février 1886).

VI. M. Leo rend compte des résultats obtenus avec le sulfate de spartéine administré par prises de 0,1 au nombre de plusieurs par jour, dans des cas de néphrite chronique, de lésions valvulaires ou d'orifice, qui s'accompagnaient ou non d'un œdème considérable. Le nombre des cas s'élève à 24. Chez 9 malades, l'action thérapeutique du médicament s'est traduite par des phénomènes objectifs (augmentation de la diurèse, disparition des œdèmes, etc.); chez 7, par la cessation ou l'atténuation de troubles subjectifs ; chez les autres, le résultat a été nul.

L'effet diurétique de la spartéine a été constaté chez un malade auquel on avait administré inutilement la digitale. C'est à tort du reste, prétend Leo, que M. G. Sée a mis la spartéine en parallèle avec la digitale, car la première n'influence pas la pression intra-vasculaire, contrairement à ce que fait la seconde. Les effets diurétiques de la spartéine sont peut-être dûs à une action directe du médicament sur l'épithélium rénal.

M. Leo a pu vérifier l'exactitude de ce qu'a dit M. G. Sée de l'action régularisatrice exercée sur les contractions cardiaques par la spartéine qui, à cet égard, se rapproche de l'iodure de potassium. Il insiste sur ce que le médicament s'est à plusieurs reprises montré particulièrement efficace chez des malades qui, peu de temps auparavant, avaient pris de la digitale. Aucun malade n'a présenté de symptômes d'intoxication ; un seul s'est plaint d'une diminution de l'appétit.

VII. Dans une publication récente, que nous avons analysée (Gazette médicale, 1886, n° 22, p. 259), un médecin de Pesth, M. Jendrassik, avait attribué au calomel une action diurétique très marquée, en se basant sur des observations cliniques qui paraissaient très concluantes. Ces observations ont été contrôlées dans le service du professeur Koranyi (de Pesth). Les résultats, publiés par un élève de ce dernier, M. P. Terray, portent qu'effectivement le calomel agit comme diurétique quand il est employé dans des circonstances déterminées.

Ainsi, de 9 malades, dont 5 affectés de lésions valvulaires du cœur, 1 de lésion valvulaire compliquée de néphrite paren-

chymateuse chronique, 2 d'hépatite chronique interstitielle compliquée chez l'un de néphrite chronique interstitielle, 7 ont vu leurs urines couler avec plus d'abondance à la suite de l'administration du calomel. Ce résultat a été obtenu dix fois sur quatorze tentatives. La quantité d'urine des vingt-quatre heures a été en moyenne de 3,000 c. c. (maximum 6,300, minimum 1,600). L'augmentation de la diurèse commençait au plus tôt trois jours après qu'on avait institué la médication par le calomel, au plus tard le septième jour; elle atteignait rapidement son maximum, pour durer de trois à dix jours. En répétant ensuite la tentative, celle-ci échouait presque toujours (sauf dans deux cas). La polyurie a été surtout abondante chez les sujets qui présentaient un anasarque considérable. Elle n'a pas toujours été en raison directe de la dose de calomel administrée.

La médication n'est pas exempte d'inconvénients. L'augmentation de la diurèse a toujours coïncidé avec une stomatite dont l'intensité était en rapport avec celle de l'effet diurétique. L'emploi du chlorate de potasse ne prévenait pas la stomatite, qui est survenue dans un cas (néphrite parenchymateuse chronique) où la polyurie a fait défaut. En outre, les malades étaient pris de diarrhée (de 2 à 4 selles liquides par jour); leur état général n'était pas affecté. Un seul malade a eu des coliques.

La médication a été sans influence sur le rhythme cardiaque, sauf que pendant la phase de polyurie l'irrégularité du pouls se dissipait pour reparaître ensuite. Chez le malade qui était affecté à la fois d'une hépatite interstitielle et d'une néphrite interstitielle chronique, l'effet diurétique du calomel a été suivi d'une amélioration considérable, au point que le malade put reprendre ses occupations.

En somme, l'emploi du calomel à titre de diurétique paraît être indiqué surtout dans les cas de lésions valvulaires du cœur avec rupture de la compensation et anasarque considérable.

VIII. Un des inconvénients de l'administration des préparations mercurielles par la voie hypodermique, dans le traitement de la syphilis, réside dans les douleurs, souvent très vives, occasionnée par les piqûres. En ajoutant une dose convenable de cocaïne au liquide utilisé pour ces injections, on réussit, suivant Mandelbaum, à supprimer cet inconvénient. C'est du moins ce qui a eu lieu chez les malades auxquels Mandelbaum a pratiqué des injections sous-cutanées de la solution suivante :

Rec. Chlorhydrate de cocaïne........ 0.05
Bicyanure d'hydrargyre........ 0.01
Eau distillée.................. 1 gramme.

M. — Pour une injection.

IX. Pour corriger l'amertume de la quinine, M. Hugo Engel recommande de prescrire le médicament sous forme d'un mélange ainsi composé :

Sel de quinine.................. 1 partie.
Chlorhydrate d'ammoniaque... 1 —
Extrait de poudre de réglisse.. 4 —

Les deux dernières substances devront être employées à l'état sec, sous forme de poudres très fines qu'on mélangera très intimement. Au moment de faire prendre un paquet (de la dose voulue), on y ajoutera un peu d'eau, pas plus qu'il n'en faut pour transformer la poudre en une masse sirupeuse; puis on allongera celle-ci d'une nouvelle quantité d'eau.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Le Secret médical, par le docteur P. Brouardel. Un volume in-18 de 246 pages. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils.

Nul n'est assez sûr de lui-même pour mettre sa conscience à la place de la loi, disait un magistrat (M. Bruno-Lacombe) dans un discours sur le secret professionnel en médecine, prononcé devant la Cour de Bordeaux le 16 octobre 1885. Aussi devons-nous féliciter M. Brouardel d'avoir cherché à diriger la conduite du médecin dans les cas si nombreux où l'obligation professionnelle du secret se trouve aux prises avec la foule des convenances mondaines ou des devoirs sociaux qui risquent à tout instant de faire trébucher le médecin le plus consciencieux. Et cela est vrai surtout du médecin de province, du médecin de petite ville, du médecin de campagne, là où les faits et gestes, les allées et venues du praticien sont connus de tout le public, où par conséquent des personnes même vous connaissant à peine viennent souvent, sans arrière-pensée et presque toujours parce qu'elles s'intéressent aux malades, vous questionner sur la nature ou la gravité de la maladie de vos clients.

Quel sujet délicat il y avait là à traiter! Car, ainsi que le dit M. Brouardel dans sa préface, « la question du secret dû par le médecin à ses malades a depuis des siècles le privilège de susciter de nombreux débats, et pourtant médecins et clients sont d'accord pour admettre en principe que tout ce que le malade confie à son médecin doit rester absolument secret. D'où viennent donc les difficultés qui troublent si souvent la conscience du médecin, qui font parfois demander par le malade lui-même que son secret soit dévoilé, qui ont provoqué devant la justice de retentissants débats?

« On peut les résumer dans une simple formule : ces difficultés naissent de l'opposition qui existe parfois entre les intérêts particuliers et l'obligation supérieure du secret; celle-ci, en présence de passions surexcitées, n'apparaît plus que comme une abstraction d'un ordre trop théorique. Et cependant quelles que soient les confidences faites à un médecin, que le confident soit digne de son estime ou qu'il en soit indigne, la société est intéressée à ce que chacun de ses membres, alors même qu'il serait infâme, puisse demander des secours médicaux, sûr qu'il dépose son secret dans le sein d'un homme qui jamais et sous aucun prétexte ne trahira sa confiance. » On voit, par cette citation, avec quelle hauteur de vues le professeur de médecine légale a abordé son sujet.

Après un court historique, M. Brouardel passe à l'examen des cas dans lesquels le secret est obligatoire, qu'il s'agisse d'un recouvrement d'honoraires, de mariages, d'assurances sur la vie, de déclaration de décès, d'observations médicales ou de situations encore plus délicates, comme celle de l'expert chargé d'une mission judiciaire.

Dans un troisième chapitre vient l'appréciation des cas où la loi obligerait les médecins à se porter dénonciateurs (complots formés contre la sûreté de l'Etat, fabrication de fausse monnaie, dénonciation, en vertu de l'édit de décembre 1666, du nom des individus blessés dans les rixes et dans les troubles politiques, cas d'empoisonnement, de sévices sur les enfants, d'avortement, etc.). L'auteur examine ensuite le rôle du médecin dans les déclarations de naissance, recherche les conditions qui nous permettent de révéler, ou même nous y

obligent, des faits survenus dans des maisons de santé et des maisons d'accouchements, et enfin traite et résout par l'affirmative ce point si important pour l'hygiène publique : la déclaration des maladies épidémiques et pestilentielles, sauf dans des cas tout exceptionnels.

Dans l'exposé de ces diverses questions, M. Brouardel s'est montré homme d'excellent conseil et de bon jugement cherchant à sauvegarder à la fois la dignité sacrée de la profession médicale et les intérêts supérieurs de la société. Aussi ce volume devra-t-il bientôt être entre les mains de tous les jeunes médecins qui entrent dans une carrière remplie d'autant d'écueils, de brisants et d'abîmes que l'est notre profession. Bien plus, l'obligation du secret médical devant s'étendre aux officiers de santé, aux pharmaciens et jusqu'aux sages-femmes, ce livre rendra-t-il encore plus de services à nos auxiliaires qu'à nous-mêmes. M. Brouardel a cherché à synthétiser les caractères propres au secret médical en quelques conclusions que nous allons reproduire presque en entier, parce qu'elles constituent le meilleur résumé que nous puissions faire de son livre. Dans le secret médical « il y a trois éléments principaux ». Ce sont :

1° *La nature de la maladie* : les affections vénériennes appelées *honteuses* ou *secrètes*, dans le langage populaire, toutes les maladies réputées héréditaires. Pour les autres maladies, surtout les maladies épidémiques, variole, scarlatine, choléra, etc., etc., la révélation de leur nom ne constitue certainement pas la violation d'un secret. Nous pouvons être tenus de les dénoncer aux pouvoirs publics, dans des cas particuliers. Nous pouvons également, et d'ailleurs avec l'assentiment des familles, utilement avertir leurs amis ou parents que leur domicile est interdit à toutes les personnes qui ne sont pas utiles pour donner des soins. Mais il faut restreindre ces confidences parfois nécessaires au minimum utile, pour que, dans d'autres circonstances, notre silence ne soit pas interprété d'une façon défavorable si nous refusons de déclarer le nom de l'affection;

2° L'avenir, le pronostic de la maladie, constitue le second élément du secret. Souvent nous sommes assaillis par des amis ou des parents qui, sous l'empire d'un mobile affectueux ou intéressé, nous demandent des renseignements sur la gravité de la maladie dont est atteint l'un des leurs. Nous ne devons, sur ce point, la vérité qu'aux personnes immédiatement intéressées, mari, femme, parents, enfants. Une confidence de cet ordre a pu être exploitée dans un but coupable (Legrand du Saulle); elle peut, si le malade revient à un état de santé plus favorable, lui être opposée dans ses efforts ultérieurs et briser sa carrière (diabète, phthisie). Chacun de nous connaît des malades dont l'avenir a semblé cruellement compromis à un moment donné et qui se sont relevés, ont eu une carrière des plus actives pendant de longues années.

3° Enfin, il est des circonstances de fait qui font un secret d'une maladie qui, sans les conditions étrangères à celles-ci, pourrait être librement divulguée. Une blessure par un coup d'épée n'est pas, par sa nature, de la catégorie des affections secrètes. Mais, si elle est reçue dans un duel, elle peut le devenir (affaire Saint-Pair). Il en est de même d'une mort subite survenue dans une maison mal famée, etc.

Telles sont les conditions principales qui font d'une maladie un secret. Mais si nous voulons que, lorsque nous nous taisons, notre silence ne soit pas interprété d'une façon défavorable, il faut que, même pour les maladies qui n'ont rien de secret, nous observions le silence (mariages, assurances sur la vie, dépositions en justice)!

On ne saurait trop approuver la sagesse de ces conseils. Puissent-ils être entendus et surtout observés.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BULLETIN

Académie de médecine : Discussion sur les inoculations antirabiques.

La discussion sur les inoculations antirabiques est décidément engagée devant l'Académie de médecine. Il ne s'agit plus d'argumenter sur des faits incomplets, contestables, comme celui qu'a produit M. Peter dans l'avant-dernière séance. Avec une sincérité scientifique parfaite, M. Grancher, au nom de M. Pasteur et du laboratoire, est venu dire à la tribune de l'Académie que la méthode de M. Pasteur, comme toute méthode thérapeutique active, efficace, a néanmoins ses insuccès et peut même, dans de rares circonstances, présenter ses dangers.

Après une telle déclaration, on aurait de la peine à comprendre une lutte passionnée, irréconciliable entre les partisans et les adversaires de la méthode ; l'intérêt de la science et celui de l'humanité exigent plutôt des uns et des autres une communauté de recherches et d'efforts pour arriver à connaître et à bien déterminer les conditions qui peuvent rendre les inoculations antirabiques inefficaces ou dangereuses. Or, ces conditions, on ne peut les apprendre que par des faits précis, rigoureusement observés. C'est donc sur des faits de ce genre que, pour ne pas dévier et rester stérile, la discussion doit essentiellement porter.

Et, à cet effet, pourquoi M. Peter n'accepterait-il pas l'offre qui lui a été faite et renouvelée de prendre connaissance des dossiers réunis au laboratoire de M. Pasteur ? Il suffit d'avoir fait une visite à ce laboratoire pour être convaincu que l'observation de chaque personne inoculée est recueillie avec toute la rigueur scientifique désirable. Si la foi des médecins ou savants qui prêtent leur concours à M. Pasteur a été assez grande pour qu'ils se soient soumis eux-mêmes aux inoculations antirabiques, ce dont on ne saurait trop les louer, leur bonne foi est au-dessus de tout soupçon, et l'on doit accepter comme parfaitement authentiques les documents qu'ils offrent de fournir. Il est facile ainsi de constituer une base sérieuse d'examen et de discussion.

On se demandera peut-être si ce débat au grand jour est utile et opportun : nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. La découverte de M. Pasteur a provoqué en France un enthousiasme général, légitime sans doute, mais un peu hâtif. On se l'explique par le nom et la haute autorité de M. Pasteur, l'importance de la découverte, l'empressement de la presse à annoncer partout la bonne nouvelle, la fierté patriotique que beaucoup en ont ressentie. Pour le grand public, qui juge surtout par synthèse, le remède contre la rage était enfin trouvé, le *remède*, c'est-à-dire le spécifique sûr, infaillible, et c'est ainsi que, pour toute morsure véritablement rabique, ou simplement suspecte, on a vu affluer des gens de tous les points de la France et du monde entier vers le laboratoire de M. Pasteur. Toutes ces personnes étaient mues par un même sentiment, une confiance entière, une foi indiscutée, absolue, dans la nouvelle méthode.

Mais on sait combien toute opinion d'ordre sentimental est sujette à des revirements, à des réactions. Qu'une mauvaise série survienne dans les inoculations antirabiques, que, même accidentellement, les insuccès se multiplient et qu'ils servent de thème à des amplifications; à des exagérations, comme cela arrive presque toujours en pareil cas, et à la foi, à l'enthousiasme des premiers jours, on peut craindre de voir succéder l'hésitation, l'incrédulité, puis bientôt une opposition de moins en moins bienveillante. Or, c'est ce qu'il faut éviter.

Le meilleur moyen, croyons-nous, de prévenir cette réaction, c'est de convaincre le public vraiment compétent, le public médical. La foi de M. Pasteur et de ses collaborateurs, les statistiques brillantes qui ont été produites à la tribune de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, ont sans doute entraîné la conviction dans l'esprit d'un grand nombre de médecins; mais il en est d'autres, plus fortement imbus du doute scientifique, qui ont gardé une prudente réserve. Cette réserve est justifiée après tout par les incertitudes, les tâtonnements de toute méthode nouvelle, incertitudes et tâtonnements dont la méthode de M. Pasteur, pas plus que les autres, n'a pu s'affranchir. C'est ainsi qu'on a vu les premiers revers faire remplacer la vaccination simple par la vaccination intensive, et que de nouveaux insuccès ont montré que la formule des inoculations doit varier suivant les cas, en tenant compte de la gravité des morsures et des conditions physiologiques ou pathologiques des sujets. En un mot, la vaccination antirabique, comme toute méthode thérapeutique, présente des indications et des contre-indications d'où dépendent ses succès et ses revers. Quelles sont donc ces indications et ces contre-indications? C'est ce qui devra ressortir de l'examen des faits dont nous parlions plus haut et de la discussion à laquelle cet examen donnera lieu. En soulevant cette discussion, dont elle sortira certainement triomphante, M. Peter aura rendu à la méthode de M. Pasteur un plus grand service que les partisans les plus enthousiastes de cette méthode par les témoignages de leur admiration passive.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Voici la liste des prix proposés par l'Académie pour les années 1887, 1888 et 1889:

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1887

Prix de l'Académie.—1,000 francs.—Question : « De l'hystérectomie vaginale. — Indications et procédés opératoires. »

Prix d'Argenteuil. —10,000 francs. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier.—2,000 francs.—Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Prix Henri Buignet.—1,500 francs.—Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Question : « De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement.—Etudier les altérations et les états pathologiques qui peuvent en résulter. »

Prix Civrieux. — 1,000 francs. — Question : « Des névralgies vésicales. »

Prix Daudet.—1,000 francs.—Question : « De l'actinomycose ». — Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France.

Prix Desportes.—1,300 francs.—Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Ernest Godard.—1,000 francs.—Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1,000 francs. — Question : « Etude clinique de l'Athrepsie. »

Prix Laval.—1,000 francs.—Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. — 2,000 francs.—Question : « De la mélancolie. »

Prix Auguste Monbinne.—1,500 francs.—M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire

Prix Portal.— 600 francs.—Question : « De la tuberculose rénale primitive. »

Prix Saint-Lager.—1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Prix Vernois.—800 fr.—Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1888

Prix de l'Académie.—1,000 francs.—Question : «Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées. »

Prix Amussat. — 1,000 francs.—Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier. —2,000 francs.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs.

Prix Capuron.—1,000 francs.—Question : « Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique. »

Prix Civrieux.—1,000 francs. — Question : « Des hallucinations de l'ouïe. »

Prix Daudet. —1,000 francs.— Question : « Des gommes syphilitiques. »

Prix Desportes.—1,300 francs.

Prix Falret. — 1,500 francs.—Question : « Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale. »

Prix Ernest Godard.—1,000 francs.—Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Itard. — 3,000 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laval. — 1,000 francs.

Prix Auguste Monbinne. — 1,500 francs.

Prix Orfila. — 4,000 francs.

Prix Portal.—600 francs.—Question : « Anatomie pathologique des érysipèles. »

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un

prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la « diphtérie ».

Prix Stanski. — 1,800 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Prix Vernois. — 800 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889

Prix de l'Académie. — 1,000 francs. — Question : « Physiologie du nerf pneumo-gastrique. »

Prix Barbier. — 2,000 francs.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs.

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Question : « Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne. »

Prix Civrieux. — 1,000 francs. — Question : « Des troubles de la sensibilité dans le tabes. »

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question : « Des néoplasmes congénitaux. »

Prix Desportes. — 1,300 francs.

Prix Godard. — 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier. — 3,000 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, « sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections » (non compris les accouchements).

Prix Laval. — 1,000 francs.

Prix Louis. — 4,000 francs. — Question : « Des médications antithermiques. »

Prix Auguste Monbinne. — 1,500 francs.

Prix Portal. — 600 francs. — Question : « De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales. »

Prix Verdier. — 800 francs.

NOTA. — Les mémoires pour les prix à décerner en 1887 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai 1887, et ceux pour les prix à décerner en 1888 et 1889 devront être adressés fin février de l'année correspondante. Ils devront être écrits très lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

— ORGANISATION A MILAN D'UN INSTITUT POUR LA CURE PRÉVENTIVE DE LA RAGE SUIVANT LA MÉTHODE DE M. PASTEUR. — L'organisation de cet institut est due à l'initiative des docteurs Bareggi et Baratiéri, assistants à l'*Ospedale Maggiare*. Le premier a institué un cours gratuit de démonstrations pratiques pour les médecins et élèves en médecine.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Morvan, décédé à Paris, et de celle de M. le docteur Guyet.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le prix Lacaze a été décerné à notre collaborateur, M. le docteur Albert Robin, pour son ouvrage intitulé : *Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde.*

Le prix Jeunesse a été décerné à M. le docteur Thoinot, pour son ouvrage ayant pour titre : *Histoire de l'épidémie cholérique en 1884.*

— Par arrêté ministériel, en date du 10 janvier 1887, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira devant cette Faculté le 11 juillet 1887.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Puech est institué chef de clinique ophthalmologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Delplanque est maintenu dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. le docteur Phisalix est nommé suppléant d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. le docteur Dérignac est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

HOPITAUX DE MARSEILLE. — Le lundi 4 avril 1887, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour une place de chirurgien adjoint.

Le lundi 18 avril 1887, à la même heure, un autre concours public sera ouvert au même lieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la commission administrative, où ils trouveront toutes les conditions de ces deux concours.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — La Société (reconnue d'utilité publique), réunie en Assemblée générale, le 28 décembre 1886, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1887 :

Président. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux.

Vice-présidents. — MM. Claude (des Vosges), Levasseur et Walther.

Secrétaire général. — M. le docteur A. Motet.

Secrétaires généraux adjoints. — MM. les docteurs Decaisne et Bouchereau.

Secrétaires des séances. — MM. les docteurs Charpentier et Audigé.

Bibliothécaire-archiviste. — M. le docteur Philbert.

Trésorier. — M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois d'avril ou de mai, un certain nombre de diplômes, médailles, livrets de Caisse d'épargne postale et ouvrages, aux instituteurs et aux institutrices, chefs d'ateliers, contremaîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalées comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 30 janvier 1887, rue Bridaine, 5, à M. Jules Robyns, trésorier de la Société, où sont également reçues les adhésions.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 2 AU SAMEDI 8 JANVIER 1887

Fièvre typhoïde 23. — Variole 1. — Rougeole 51. — Scarlatine 5. — Coqueluche 12. — Diphthérie, croup 44 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 2 — Autres affections épidémiques 9. — Méningite (tubercul. et aiguë) 0. — Phthisie pulmonaire 218. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 51 — Malformation et débilité des âges extrêmes 29. — Bronchite aiguë 110 — Pneumonie 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 70. — au sein et mixte 26. — Inconnu 27. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 0. — de l'appareil circulatoire 0. — de l'appareil respira-

toire 0. — de l'appareil digestif 0. — de l'appareil génito-urinaire 0. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 0. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 181. — Morts violentes 25. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1.116 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de thérapeutique médicale, guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique et au traitement des maladies, par le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital de Laënnec. Un volume in-12 de 902 pages, cartonné, 2e édition, augmentée d'un formulaire des médicaments nouveaux. — Prix : 9 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité des kystes congénitaux, par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, et Ch. Acoard, interne des hôpitaux. Un volume in-8 de 500 pages, avec 54 figures dans le texte et 12 planches en chromo-lithographie. — Prix : 18 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des affections cardiaques, d'origine rhumatismale, traitées aux eaux d'Aix-les-Bains (Savoie), par le docteur Blanc, in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse, par le docteur Emile Demange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-8, avec 6 planches hors texte. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Ce, 108, boulevard Saint-Germain.

Le décollement de la rétine, par Virgile Caudran. — Paris, Masson, éditeur.

Etudes médicales sur l'hydrothérapie, par M. Fernand Bottey. — Paris, O. Berthier.

Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle, par A.-G. Raison. Un volume in-8 de 42 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, publications du Progrès médical.

Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un Formulaire à l'usage des praticiens, par Quincerot, chirurgien dentiste, etc. Un vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Leçons sur les maladies du système nerveux professées à la Salpêtrière par J.-M. Charcot et recueillies par MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de La Tourette. Tome III, 2e fascicule. Un volume in-8 de 380 pages, avec 64 figures dans le texte. — Ce fascicule complète le tome III. — Prix : 9 fr. — Paris, publications du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

Etude sur les aliénés persécuteurs, par le docteur P. Pottier, médecin de la maison de santé de Vanves. Un vol. grand in-8 de 110 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le mariage au point de vue de l'hérédité, par le docteur Battesti. Un volume in-18. — Prix : 1 fr. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

GRANULOSE AIGUË A FORME SUFFOCANTE. — Leçon clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié, recueillie par M. le docteur Deligny.

Messieurs,

Je me propose aujourd'hui de vous raconter l'histoire d'un malade qui était couché au numéro 51 de la salle Jenner, et que vous avez pu examiner; elle offre un grand intérêt au point de vue clinique, mais un plus grand encore au point de vue de la pathogénie.

Ce malade est un homme de 23 ans, pâtissier, qui a succombé en quelques jours à une tuberculose aiguë, je dirai même mieux, à une tuberculose suraiguë, neuf jonrs aprés son entrée à l'hôpital.

Les phénomènes graves qui se sont déclarés sont à peu près contemporains du jour de son entrée : la tuberculose l'a tué en dix jours. C'est le cas le plus rapide que j'aie jamais vu, et, en parcourant les auteurs, je n'ai pas rencontré d'autres observations aussi foudroyantes.

L'histoire de cet homme est très simple; cependant retenez en certaines particularités qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Il a pu travailler jusqu'à la veille de son entrée, et c'est seulement le 29 décembre qu'il n'a pu se lever; il est arrivé le lendemain à la Pitié.

Mais, depuis deux mois, il perdait ses forces, il perdait l'appétit, et, à la fin, il avait un peu de toux et quelques douleurs dans la gorge. La détérioration préalable de l'organisme a duré deux mois chez cet homme et n'a présenté que ces symptômes, qui ont plus d'analogie avec ceux de la méningite tuberculeuse.

Très probablement, la fièvre ne s'est allumée que le 29 décembre, jour à partir duquel il n'a plus pu travailler; le soir de son entrée, il avait 39o de température.

Lorsqu'il est arrivé, il avait déjà une altération profonde du facies, pâleur, amaigrissement, si bien que mes internes l'ont pris tout d'abord pour un vulgaire et simple phtisique. Mais le diagnostic de première impression était démenti par l'examen qui ne donnait qne des résultats négatifs, et il en est tonjours ainsi an débnt de la granulose aiguë; on ne tronve pas de signes stéthoscopiques.

Nons nous trouvions, étant donné l'état du malade tel qu'il vient d'être exposé, en présence d'un diagnostic limité entre une fièvre typhoïde et une tuberculose aiguë.

La période primitive avait été bien longue, l'altération du facies était bien profonde pour qu'on pût admettre une fièvre typhoïde; en outre, il n'y avait aucun symptôme abdominal, ancune altération de l'urine.

Jusqu'au 2 janvier, la température s'accroît et, alors seulement, quelques râles s'entendent dans la poitrine, sans aucune localisation aux sommets, râles diffus, purement sibilants et ronflants.

Le 3 et le 4 janvier, la fièvre monte et les râles augmentent en quantité; outre les râles sibilants, on entend des râles sons-crépitants fins, surtout aux deux bases, mais jamais on n'a trouvé de signes d'un foyer pneumonique, toujours les signes d'une bronchite capillaire généralisée.

Il existe une gène respiratoire proportionnelle à la diffusion des lésions. Le 5 janvier, les râles secs ont disparu; on entend partout des râles humides. Ce n'est plus de la gêne respiratoire que présente le malade, c'est de la dyspnée, des phénomènes d'asphyxie.

Depuis le 3 janvier, la diarrhée est apparue, et j'ai pu affirmer la tuberculose abdominale, péritonéale ou intestinale, mais avec plus de présomptions en faveur de cette dernière. J'ajoute que, depuis deux jours, il y avait une petite quantité d'albumine dans l'urine.

Divers moyens, et en particulier l'acide salicylique, ont été employés pour faire tomber la fièvre, mais sans aucnn effet.

Le 6 janvier, tous les accidents augmentent, le collapsus se joint à l'asphyxie et le malade meurt dans l'apres-midi.

Jusqu'à la fin, il a présenté les mêmes signes stéthoscopiques, ceux de la bronchite capillaire.

Mettez-vous bien dans l'esprit que, quand il n'y a pas de foyer pneumonique, en premier lieu il n'y a pas de signes stéthoscopiques, quelque grave que soit l'attaque; en second lieu, quand ces signes se montrent, ils n'ont rien de spécial, ce sont ceux de la bronchite capillaire.

Comment s'est comportée la fièvre? Elle a réalisé le type que j'ai signalé dans cette forme : très élevée le soir, arrivant à l'hyperthermie, avec grande rémission le matin.

Voilà la règle pour la granulose aiguë, sans foyer, car l'existence d'un foyer modifie la marche de la température.

C'est pour cette raison que je dis granulose, au lieu de tuberculose.

De quelle forme de granulose ce malade était-il atteint? C'est le point important de cette leçon

Il y a plusieurs formes de granulose, et celle dont notre malade était atteint a été très discutée. Il s'est agi, chez lui, de la forme suffocante que j'ai décrite il y a plusieurs années.

Les cas de cette forme sont rares, c'est pour cela qu'on l'a mise en doute. Mais elle est réelle; elle a été décrite il y a quarante ans par un médecin de Dublin, qui a signalé l'asphyxie tuberculeuse aiguë.

Les malades meurent asphyxiés par l'abondance et la simultanéité de la lésion; en quarante-huit heures, tout est pris. Aucune accoutumance de l'organisme n'est possible; l'asphyxie est inévitable.

Andral, ayant vu deux cas de cette affection, l'a comparée à ce qu'on observe à la période asystolique des maladies du cœur; mais la comparaison n'est pas bonne. Dans une autre partie de sa clinique, il la compare à l'asthme aigu, mais cela n'est pas encore exact.

Je n'ai jamais vu de cas aussi fondroyants que celui que je viens de vous développer.

Cette observation est très nette, très caractéristique. Mais cette forme de granulose n'est pas la seule; il y en a encore deux autres : la forme catarrhale et la forme typhoïde.

La forme catarrhale se rapproche beaucoup de la forme suffocante, seulement la marche en est plus lente, la dyspnée n'est pas un phénomène des premiers jours; mais le tableau est le même, asphyxie lente en deux ou trois semaines.

Il n'y a pas d'autres phénomènes que ceux de la bronchite, d'où ma forme catarrhale.

Le diagnostic est difficile dans les premiers temps de la maladie, surtout dans les cas où les renseignements héréditaires sont négatifs; alors le diagnostic ne peut être fait qu'au bout de dix à douze jours, devant la persistance de la maladie, son *statu quo* ou son aggravation, qui doivent faire soupçonner la granulose.

Encore est plus difficile le diagnostic de la forme typhoïde.

Dans ce cas, ce n'est pas l'asphyxie qui domine, elle n'apparaît qu'à la fin. La différence vient de la lenteur plus grande de la maladie; ce n'est qu'à la fin du quatrième septenaire, rarement du troisième, que la mort arrive.

Ce qui domine, dans cette forme, ce sont les symptômes typhoïdes, symptômes abdominaux; on peut même voir des taches rosées, je les ai vues, puisque j'ai osé l'écrire.

Alors, il n'y a de moyen diagnostique que la considération de température, et ce n'est pas un critérium absolument certain. On a cherché ce critérium dans les caractères de l'urine, au point de vue de l'albumine et des matières colorantes, mais il n'y a encore là rien d'absolu.

Les renseignements de famille, et, accessoirement, la température, peuvent permettre le diagnostic, à moins que la tuberculose ne présente aussi un élément prédominant aux sommets.

Les preuves de l'autopsie de notre malade sont aussi typiques, au point de vue anatomique, que l'a été l'observation au point de vue clinique. La lésion est absolument généralisée, avec même intensité partout, et d'un seul coup d'œil on voit que toutes les granulations sont du même âge, ce qui prouve bien que la lésion s'est faite d'une pièce. L'examen microscopique confirme aussi cette manière de voir.

Les granulations sont tassées; il est plus facile de trouver ces granulations que le tissu sain.

C'est surtout dans la partie inférieure de l'intestin grêle que l'on trouve des lésions; les plaques de Peyer sont atteintes, ulcérées, mais les ulcérations sont peu profondes.

On a trouvé des granulations miliaires dans le foie, à l'intérieur, dans le rein, dans un ganglion de la trachée, dans les ganglions mésentériques, et quelques-unes dans la pie-mère.

Toutes ces granulations sont du même âge.

Fort intéressante déjà en elle-même, cette autopsie mérite toute votre attention, en raison d'une autre constatation qui a été faite. Nous trouvons dans le poumon, dans les ganglions trachéo-bronchiques, dans les organes abdominaux, des granulations semblables et du même âge; s'il n'y avait pas autre chose, ce serait là un fait tout à fait exceptionnel. On a pu dire, — à une certaine époque, que les lésions de granulose pouvaient être partout du même âge, mais, en cherchant mieux, on a vu diminuer le nombre de ces cas.

Dans notre cas, les lésions sont ainsi partout, sauf en un point, le lobe inférieur du poumon gauche, où il y a un foyer caséeux ancien, tranchant sur le reste de l'organe. A ce foyer, de la grosseur d'une aveline, répond un ganglion, lui-même caséeux; c'est le seul ganglion thoracique qui soit caséeux.

Voilà une lésion ancienne, fort ancienne, datant de plusieurs années. Donc, indépendamment de la granulose diffuse, il y a un foyer tuberculeux ancien, mais pas d'autre dans aucun organe, poumon, testicules, etc.

Autant ce fait est important au point de vue clinique et anatomo-pathologique, autant il est important au point de vue de la pathogénie, qui repose sur les rapports entre le foyer ancien et la granulose aiguë.

On connaît des faits semblables, mais pas aussi nets que celui-là, avec un seul foyer et partout ailleurs des lésions semblables.

La question de pathogénie ainsi soulevée est une des plus intéressantes de l'histoire de la tuberculose; je la réserve pour une prochaine conférence.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

DE LA NÉPHROTOMIE ET DE LA NÉPHRECTOMIE

Suite et fin. — Voir les numéros 1, 2 et 3.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les cas où le calcul n'avait provoqué que des douleurs ou des lésions peu graves du rein. Dans une catégorie de faits beaucoup plus nombreux, le calcul a déterminé la suppuration des calices ou du bassinet, et on se trouve en face d'une *pyélo-néphrite*. Les tentatives chirurgicales sont ici plus répétées et plus variées. Dans le plus grand nombre des cas, le rein a été enlevé en entier soit d'emblée, soit après une première néphrectomie qui a été jugée insuffisante. En effet, quand les symptômes amenés par le processus suppuratif sont tels que l'opération est devenue nécessaire, on trouve presque toujours des lésions trop avancées pour songer à conserver l'organe; aussi quelques-uns pensent, avec M. Lucas-Championnière, qu'il vaut mieux faire d'emblée une opération radicale bien réglée que de compromettre la situation par une première opération incomplète. Pour cette raison ou pour une autre, nous trouvons ici une statistique beaucoup moins bonne : 34 néphrectomies ont donné 19 guérisons; 10 abdominales, 5 seulement. C'est la gravité des lésions qu'il faut incriminer et non pas l'opération en elle-même; en effet, les néphro-lithotomies simples, après

suppuration, ne donnent pas de meilleurs résultats : 7 morts sur 13 opérations par la voie lombaire et 3 morts sur 3 par la laparotomie. C'est donc une opération grave, et si on met en face de cette statistique la série heureuse des néphrectomies simples où le rein n'a pas suppuré, on se demande s'il ne serait pas juste de proposer une intervention des plus hâtives, aussitôt que l'impossibilité de l'expulsion spontanée d'un calcul est devenue manifeste.

Les indications sont les mêmes en face d'une pyélo-néphrite simple. Ici le diagnostic, facile dans les cas de poches liquides énormes, est quelquefois entouré de difficultés telles que les moyens d'investigation les plus compliqués ont été proposés. Ce n'est pas ici le lien d'en donner la description ; nous nous contenterons de rappeler que Simon (de Heidelberg) a pratiqué, dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique, le cathétérisme des uretères pour reconnaître un obstacle siégeant sur ces conduits on pour recueillir directement le produit de la sécrétion d'un des deux reins avant tout mélange dans la vessie. Possible à la rigueur chez la femme, ce moyen donne chez l'homme des résultats peu précis ; on peut surtout lui objecter de n'être pas innocent, et les faits de blessures de l'uretère, et surtout d'aggravation de l'affection rénale après une telle exploration, sont loin d'être rares aujourd'hui. Enfin, Simon a encore proposé d'introduire la main tout entière et une partie de l'avant-bras dans le rectum du malade anesthésié pour explorer ainsi la face antérieure du rein. Sans doute une telle manœuvre est possible, et M. Brodeur rapporte un cas où le docteur Sabine (de New-York) l'a pratiqué avec fruit ; mais des exemples où l'introduction forcée a été impossible ont été signalés, et, jusqu'à ce que des observations plus nombreuses soient venues témoigner du contraire, nous considérons comme dangereuse une telle exploration.

Reste une dernière ressource pour le diagnostic, c'est l'incision abdominale exploratrice. On sait que les chirurgiens anglais Spencer Wells, Thornton en particulier, la considèrent comme légitime, et, qu'en cas de doute sur le diagnostic, ils n'hésitent pas à examiner directement les organes abdominaux. Ici, cette conduite paraît justifiée doublement à leurs yeux ; d'abord, parce que la voie abdominale est fréquemment suivie pour l'extirpation du rein ; ensuite, parce qu'on s'assure ainsi de l'existence du second rein ; on serait alors certain de ne pas exposer le malade à une mort rapide en enlevant un rein unique. Sans doute ces raisons ont leur valeur ; mais jusqu'à présent elles n'ont pas grand crédit en France ; l'incision exploratrice n'est certainement pas rejetée de parti pris, et elle a été pratiquée un certain nombre de fois, mais cela a toujours été dans le but de faire immédiatement succéder l'opération à l'exploration. D'un autre côté, on ne doit pas se dissimuler les dangers de la néphrectomie par la voie abdominale qui donne une proportion de mortalité beaucoup plus forte. Aussi est-il nécessaire de demander aux moyens diagnostiques ordinaires, à l'examen des symptômes, à l'exploration attentive des régions rénales, des renseignements que l'on trouvera presque toujours suffisants, sans faire courir au malade les risques d'une opération plus grave dont le principal avantage serait de remédier à l'insuffisance du diagnostic.

Quoi qu'il en soit, dans la pyélo-néphrite suppurée simple la mortalité s'abaisse sensiblement ; 24 néphrectomies lombaires ont donné 16 guérisons. La voie abdominale a été presque toujours funeste : 5 opérations n'ont donné qu'une seule guérison, d'après la statistique de M. Brodeur ; mais, depuis, M. Schwartz a rapporté au deuxième Congrès français de chirurgie l'observation d'un abcès volumineux saillant vers l'abdomen qu'il a incisé et vidé avec succès. Quant aux néphrotomies, la proportion est sensiblement la même : 12 lombaires avec 8 guérisons ; 2 abdominales, 2 morts.

Les doctrines modernes qui font de la tuberculose une maladie primitivement locale rendent légitime au premier chef l'extirpation du *rein tuberculeux*. Il faudrait pourtant, avant de recourir à une néphrectomie, s'appuyer sur un diagnostic absolument certain. Or, la certitude n'est pas communément obtenue, et il n'y a guère de signe pathognomonique. A la première période, les douleurs, les hématuries, le retentissement sur l'état général, ne sont pas de nature à emporter le diagnostic qui ne peut s'appuyer que sur les altérations concomitantes des autres parties de l'appareil génito-urinaire. Les symptômes observés du côté de ces organes sont même de nature à induire en erreur, et des cystalgies des plus violentes ne sont souvent, comme dans les cas cités de M. Bouilly et de M. Schwartz, que symptomatiques d'une affection rénale. Sans doute la constatation des bacilles est une précieuse ressource, mais elle est difficile, exige une grande habitude de la bactériologie, et M. de Gennes a en particulier signalé récemment toutes les causes d'erreur dont était entourée la recherche des bacilles dans l'urine. Ces organismes peuvent provenir de toutes les parties de l'appareil urinaire ; leur origine rénale ne serait pas même démontrée par la présence simultanée dans l'urine des éléments du rein, car les tuberculoses vésicale ou prostatique peuvent s'accompagner de lésions inflammatoires simples du rein. Enfin, il ne faut pas oublier que la tuberculose est susceptible, sinon de guérison, du moins d'un arrêt dans son évolution, et qu'il serait téméraire d'extirper un rein légèrement atteint par cette affection parasitaire.

Il n'en est pas de même à un degré plus avancé ; lorsque la suppuration a envahi la glande, lorsque la transformation caséeuse est évidente, on retrouve les mêmes indications opératoires qu'en présence de toute pyélo-néphrite suppurée, et il faut opérer. C'est une opération de nécessité ; aussi ne faut-il pas trop se préoccuper de lésions de même nature siégeant soit sur l'appareil urinaire, soit même du poumon lorsqu'elles ne sont pas trop avancées.

Des faits très nets sont signalés par M. Brodeur. En particulier, Kuester a opéré un malade dont les poumons présentaient des cavernes et qui a guéri. C'est, nous le répétons, dans certains cas une opération d'urgence. A ce titre, il sera bon quelquefois de pratiquer une incision simple du rein, lorsque la collection liquide, par son volume et la rapidité de sa marche, constitue un danger. Cette demi-expectation est autorisée par la possibilité d'une invasion de l'autre rein par les bacilles qui en altèrent le fonctionnement.

D'ailleurs, dans plusieurs observations, on a pu enlever plus tard dans de bonnes conditions un rein qu'on s'était contenté d'inciser tout d'abord. Au point de vue de la réussite dans ce cas, l'état général est un facteur des plus importants. Aussi ne faut-il pas s'étonner que, dans ces affections où l'intervention est, on l'a vu, des plus légitimes, la statistique ne soit pas des meilleures. En effet, 14 néphrectomies lombaires n'ont donné que 6 guérisons ; deux abdominales ont réussi. Quant aux néphrotomies, 4 lombaires n'ont donné qu'une guérison. Une seule abdominale a été suivie de succès.

Nous croyons utile de résumer en tableau les divers résultats fournis par les opérations dont nous venons de parler, en les groupant à la fois suivant la maladie qui a motivé l'intervention et suivant la méthode opératoire employée :

NÉPHRECTOMIES

	LOMBAIRES.			ABDOMINALES.		
	Opérat.	Mort.	Mortalité.	Opérat.	Mort.	Mortalité
Rein flottant	6	0	0	20	8	40 0/0
Hydronéphrose	10	4	40 0/0	12	5	41 0/0
Kystes du rein	0	0	0	12	8	66 0/0
Carcinome	5	1	20 0/0	12	10	83 0/0
Sarcome	4	3	75 0/0	25	12	48 0/0
Fibrome	2	0	0	8	2	25 0/0
Traumatismes	7	2	28 0/0	3	1	33 0/0
Fistules	17	5	30 0/0	1	0	0
Calculs du rein	2	1	50 0/0	0	0	0
Pyélo-néphrite calculeuse	34	15	44 0/0	10	5	50 0/0
Pyélo-néphrite suppurée	24	8	33 0/0	5	4	80 0/0
Pyélo-néphrite tuberculeuse	14	8	57 0/0	2	0	0

NÉPHROTOMIES.

	LOMBAIRES.			ABDOMINALES.		
	Opérat.	Mort.	Mortalité.	Opérat.	Mort.	Mortalité
Hydronéphrose	5	0	0	5	0	9
Kystes du rein	2	0	0	1	0	0
Carcinome	1	0	0	0	0	0
Traumatismes	4	1	25 0/0	0	0	0
Néphrolithotomies	23	1	4 1/2 0/0	0	0	0
Pyélo-néphrite calculeuse	10	9	40 0/0	3	3	100 0/0
Pyélo-néphrite suppurée	12	4	33 0/0	2	2	100 0/0
Pyélo-néphrite tuberculeuse	4	3	75 0/0	1	0	0

NÉPHRORRAPHIES.

Opérat.	Mort.	Mortalité.
10	1	10 0/0

STATISTIQUE GÉNÉRALE (d'après M. BRODEUR).

235 néphrectomies ont donné lieu à 92 décès, soit à une proportion de 39 %.

Elles se divisent en 125 lombaires, qui comptent 49 décès, soit 37,5 %, ou en 110 abdominales, qui comptent 55 décès, soit 50 0/0.

43 néphrotomies ont donné lieu à 13 décès, soit une proportion de 30 0/0.

Elles se divisent en 34 lombaires, avec 11 décès, soit 32,5 p. 100, et en 9 abdominales, avec 2 décès, soit 33 0/0.

39 néphrolithotomies ont donné lieu à 11 décès, soit à une proportion de 28 0/0.

Elles se divisent en 36 lombaires avec 8 décès, soit 33 0/0; et 3 abdominales avec 3 décès, soit 100 0/0.

Enfin, 10 néphrorraphies lombaires ont donné 9 guérisons.

Un fait qui a peut-être lieu de surprendre est la gravité relative de la néphrotomie dont la statistique accuse à peine 10 p.100 de mortalité de moins que la néphrectomie. A considérer la longueur et l'importance des manœuvres que nécessite cette dernière opération, on serait tenté de supposer que les accidents sont beaucoup plus nombreux; or, la gravité n'en est pas sensiblement plus considérable, et, de plus, il faut bien se rappeler que certaines extirpations du rein n'ont été faites qu'après une première néphrotomie, alors que les conditions étaient moins bonnes; que, de plus, on voit figurer dans les statistiques quelques opérations mal réglées, telles, par exemple, qu'une laparotomie commencée contre une tumeur diagnostiquée kyste de l'ovaire, et qui a dû se terminer par l'extirpation d'un néoplasme rénal.

Si maintenant nous comparons les résultats fournis par les méthodes lombaire et transpéritonéale, on trouve dans une première statistique de Gross (de Philadelphie) que l'incision du péritoine donne une mortalité de 50 0/0, qui s'abaisse à 36,93 0/0 quand il s'agit des incisions lombaires. Cette différence s'accentue encore dans le résumé des observations de M. Brodeur; nous voyons que 122 laparotomies ont donné 60 morts, soit 49 % de mortalité. 205 incisions lombaires n'en ont donné que 67, soit une mortalité de 32 0/0.

La conclusion logique est donc de préférer la voie lombaire à la voie abdominale toutes les fois que cela sera possible; or, nous admettrons avec M. Le Dentu qu'il y a fort peu de circonstances où le rein soit inabordable par la région lombaire. Ce n'est guère qu'en face de reins flottants à pédicule très grêle, qu'on suppose entièrement ou presque entièrement enveloppés par le péritoine, de kystes très saillants dans la cavité abdominale et descendant jusqu'au petit bassin, de néoplasmes d'un volume considérable qui tendent à gagner la ligne médiane et à s'insinuer entre les feuillets du mésocolon ou du mésentère.

D'ailleurs, les raisons invoquées en faveur de l'incision abdominale n'ont pas toutes une très grande valeur; en cas d'adhérences d'une tumeur, certes l'opération est malaisée par la voie lombaire, mais la difficulté de jeter des ligatures sur le pédicule et d'en énucléer la face postérieure n'est certainement pas moindre quand on commence par ouvrir la cavité abdominale.

Un argument qui paraît avoir plus de poids serait la possibilité de s'assurer de l'intégrité de l'autre rein; mais si les lésions de celui-ci sont telles que l'augmentation de son volume et un ensemble de symptômes ont éveillé dans l'esprit du chirurgien des soupçons de lésions bilatérales, l'exploration de la cavité péritonéale après incision est inutile. Si, au contraire, on n'a aucun indice de l'existence de cette lésion avant l'opération, il est très probable que l'exploration directe ne donnera pas de renseignements précis. Lorsque nous avons parlé de la néphrolithotomie, on a pu se convaincre de l'extrême difficulté que rencontrait le chirurgien dans la recherche des calculs au travers du rein non incisé; il en est de même de toutes les lésions du rein quand elles ne sont pas arrivées à un développement suffisant pour en permettre le diagnostic préalable. Aussi ces considérations semblent-elles s'être imposées à la majorité des chirurgiens, et un courant d'opinion en faveur de la néphrectomie lombaire, déjà nettement établi, s'est particulièrement accusé au dernier Congrès français de chirurgie.

Si maintenant, en considérant les résultats obtenus, nous cherchons à reconnaître quelles sont les affections rénales auxquelles le traitement chirurgical convient le mieux, nous trouvons que l'affection calculeuse a en première ligne bénéficié de l'emploi de l'incision, lorsque le calcul a déterminé de la

suppuration, mais surtout quand il s'agit de néphrolithotomies simples portant sur un rein non suppuré. Quant aux reins flottants, nous les placerons à part, parce que la néphrorraphie qui leur a été appliquée le plus souvent ne paraît pas entraîner les mêmes dangers que les autres opérations sur le rein.

Pour les traumatismes, l'intervention chirurgicale, très variée dans ses applications, a été aussi efficace; puis viennent l'hydronéphrose, les extirpations à la suite de fistules et la pyélo-néphrite suppurée non calculeuse; au dernier rang, enfin, se placent les tumeurs malignes et en particulier le carcinome, dont les extirpations par la voie abdominale donnent une proportion effrayante de 83 0/0 de mortalité.

Quoiqu'il en soit, de la lecture des très nombreuses observations rassemblées dans la thèse de M. Brodeur, on peut conclure que la plupart des malades soumis à une opération chirurgicale étaient atteints de lésions telles qu'une très courte survie leur semblait promise, et que les douleurs les plus violentes ne pouvaient plus leur être épargnées. Beaucoup d'entre eux doivent donc leur existence à cette intervention. Mieux connue aujourd'hui dans ses indications, les accidents auxquels elle expose, la néphrectomie est appelée à rendre de grands services; les cas malheureux dont l'incertitude des premières opérations expliquait la fréquence, diminueront à coup sûr. Les résultats s'amélioreront dans un avenir prochain, et on considérera bientôt la néphrectomie comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

Dr E. DESNOS.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

DU PALPER DE L'ÉPAULE.

Dans un travail inséré dans les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE, d'octobre 1886, le docteur Rivière (de Bordeaux) étudie la valeur de la *palpation de l'épaule* comme moyen de diagnostic des positions du sommet, en montre avec détail les avantages et invite les accoucheurs à recourir, sans crainte d'erreur possible, à ce mode d'exploration.

Lorsqu'on pratique le palper chez une femme enceinte, dans les derniers mois de la grossesse, on constate en général avec assez de facilité, en procédant avec méthode, que l'excavation est pleine ou vide. Si l'excavation est pleine, c'est que la tête se présente; quelquefois, cependant, le siège plonge aussi dans la cavité du bassin. Il est donc indispensable de ne pas s'en tenir à un examen superficiel et de s'assurer exactement quelle est l'extrémité de l'ovoïde fœtal que l'on sent sous les doigts.

Ce point éclairci, si l'on a affaire à une présentation de la tête, la recherche du front permettra de fixer la position. Le diagnostic sera ainsi complété.

Mais le front n'est pas toujours nettement perçu, soit par suite de la résistance de la paroi abdominale, de la sensibilité exagérée qui fait que le palper est douloureux, soit parce que la tête est profondément engagée; etc. Un signe qui viendrait suppléer celui du front serait donc d'une utilité incontestable.

Le docteur Rivière propose le signe de l'épaule. Voici comment il conseille de procéder : lorsque la tête plonge dans l'excavation, on laissera glisser les doigts doucement sur la tumeur céphalique sans l'abandonner; arrivés sur le cou, ils ne tardent pas à être arrêtés d'un côté par une saillie légère, un ressaut plus ou moins marqué, ce sera l'épaule, tandis que du côté opposé aucun obstacle ne sera rencontré. Il faut avoir soin, au début de l'exploration, de placer les doigts à 5 ou 6 centimètres au moins au-dessus du pubis, puis de pénétrer doucement dans l'excavation en amenant avec soi la peau de la paroi abdominale. Lorsqu'ensuite on remonte les doigts en glissant sur la tête, on ne court pas le risque d'être gêné par la tension de la paroi abdominale.

La saillie de l'épaule se trouverait toujours du côté où est l'occiput; donc, saillie de l'épaule à gauche, position gauche.

Quand l'excavation est vide, la tête, mobile au-dessus du plan du détroit supérieur, n'est pas fléchie; le front ne forme plus la saillie caractéristique devant servir au diagnostic.

On peut alors rechercher le dos, ainsi que le conseillent divers auteurs, mais la recherche de l'épaule serait plus aisée. Pour trouver l'épaule, en effet, il suffira de laisser glisser les doigts sur la tête fœtale; si l'occiput se trouve dans la moitié droite du bassin, l'épaule est à droite; dans la moitié gauche, l'épaule est à gauche.

Trouver l'épaule, ce serait donc, dans tous les cas, déterminer la position.

Quand le fœtus est très replié sur lui-même, une extrémité fœtale inférieure peut descendre jusqu'au niveau du détroit supérieur, du côté opposé à celui qu'occupe l'occiput, et former une saillie qui pourrait être prise pour l'épaule; toutefois, les extrémités fœtales changent facilement de situation, sont mobilisables; l'épaule, au contraire, l'est fort peu. L'erreur sera donc facile à éviter.

Après avoir discuté quelques objections qui pourraient être faites, l'auteur se résume en disant que la recherche de l'épaule suffit, en l'absence du signe du front, pour établir le diagnostic de la position et de sa variété.

L'épaule occupe toujours la moitié du bassin où se trouve l'occiput; elle arrive sur la ligne médiane et forme une saillie large et peu profonde dans les variétés antérieures. Dans les positions postérieures, elle s'arrête à 7 ou 8 cent. de la ligne médiane et offre un ressaut plus étroit et plus profond.

Sans vouloir nier la valeur du signe de l'épaule, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que, dans nombre de cas, on ne peut pas accorder au palper une confiance absolue : lorsque la paroi abdominale est tendue, résistante, épaisse, et les primipares offrent souvent ces conditions; lorsqu'en outre sa sensibilité est accrue, on doit être très réservée dans l'appréciation des sensations fournies par le palper. Que deviendra le signe de l'épaule, alors qu'on a de la difficulté à bien délimiter l'extrémité céphalique de l'ovoïde fœtal?

Que si, au contraire, le palper permet de s'assurer exactement de la situation de la tête, il permettra également de reconnaître celle du dos; la percussion, l'auscultation, lui viendront d'ailleurs en aide. Le dos n'offre pas l'inconvénient de l'épaule, celui d'être confondu avec une des petites parties fœtales.

Esterlé, le célèbre accoucheur italien, dans ses leçons cliniques(1), insiste sur les avantages que présente le palper pour établir le diagnostic de la présentation et de la position du fœtus, et sur les indications fournies par la direction du dos.

(1) An : UNION MÉDICALE, 1861, t. CLXXV, p. 377-394.

Il va jusqu'à préférer déterminer la position de la tête, non par la directinn de l'occiput, mais par celle dn dos.

Le dos peut être, dit-il, généralement délimité avec précisinn dans les derniers mois de la grossesse par nn examen attentif, et cela permet, en nbservant certaines règles, d'établir les présentations et les positions primitives du fœtus.

Dans les cas faciles, où le palper peut donner des indications précises, et il est juste de le reconnaître, ce sont les plus nombrenx, en l'absence dn signe du front, il sera tonjours plus aisé et plus commode de rechercher le dos qui n'expose pas aux causes d'erreur que peut entraîner l'épaule. Dans les cas difficiles, le palper laissant des incertitudes, il fandra recourir aux antres moyens d'investigation.

Pour éviter toute erreur par le palper, il faut non seulement s'assurer de la situation de la tête, mais encore, cela fait, explorer toute la région abdominale; le signe du front, celui de l'épaule, ne sauraient suffire à établir un diagnostic complet et exact. Il peut se faire, en effet, qu'on se trouve en présence d'une grossesse gémellaire, par exemple; et, dans ce cas, ne peut-on pas attribuer à un fœtus ce qui, en réalité, appartient à l'autre.

Il y a quelques jours, chez une femme enceinte de deux jumeaux se présentant par la tête, que j'examinai, semblable méprise eût été aisément commise sans la plus grande attention et si l'on n'avait eu recours à la fois au palper, au toucher et à l'auscultation.

L'importance d'un procédé d'un signe ne doit pas faire oublier que, pour si simple, si facile qu'un cas paraisse, ne pas contrôler l'un par l'autre les diverses méthodes d'exploration, c'est s'exposer à faire un diagnostic incomplet et quelquefois même erroné.

Marius Rey.

GYNÉCOLOGIE

Notes sur l'enseignement de la gynécologie en Autriche-Hongrie et en Allemagne, par M. le docteur S. Pozzi, Agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital Lourcine.

Suite et fin. — Voir les numéros 1 et 2.

Enseignement de la gynécologie a Berlin.

Deux cliniques obstétricales et gynécologiques existent à la Faculté de Berlin : l'une à l'hôpital de la Charité, sous la direction du professeur Gusserow, qui s'occupe surtout d'accouchements; l'autre confiée au professeur Schrœder dans l'*Universitæts-Frauen Klinik*, beau bâtiment en hriques, de construction récente, dans l'Artillerie-Strasse, non loin de la Clinique chirurgicale du professeur Bergmann, qui est dans la Ziegel-Strasse.

Le professeur Schrœder s'occupe principalement de gynécologie: son enseignement, ses opératinns, ses publications récentes ont surtout trait aux maladies des femmes, quoi qu'il ne néglige nullement la partie obstétricale de son service.

Les lits de gynécologie sont situés au premier étage. Il y a deux grandes salles de 12 lits, plus une série de petites chambres à 1 et à 2 lits; total 50 lits. Presque toutes ces malades sont payantes; il n'y a que quinze lits entièrement gratuits.

Les autres sont répartis en quatre classes, dont la dernière paie environ 2 marks et la première 8 marks par jour.

Il y a une grande salle pour les démonstratinns anatomiques devant les élèves, une salle pour les opérations en général, une salle affectée exclusivement aux laparotomies. Un laboratoire important est annexé à la clinique, ainsi qu'un petit musée, pour la conservation des pièces pathologiques. Toute cette installation peut être prise pour modèle du genre.

Il y a 60 lits d'accouchements situés au rez-de-chaussée.

Le professeur a un nombreux état-major médical qui assure admirablement le service et l'enseignement: un premier assistant, véritable médecin en second, 5 assistants, 4 médecins (docteurs) volontaires; le service de ces derniers dure six mois.

Les infirmières sont des *sœurs* laïques, analogues à celles des hôpitaux anglais, constituées en corporation sous le patronage de la princesse royale. Elles ne font pas de vœux, mais sont célibataires ou veuves. La Clinique ne les paye pas individuellement; elle donne une indemnité à la corporation qui a, du reste, d'autres ressources provenant de dotations gouvernementales ou privées.

Enseignement de la gynécologie a Munich.

Jusqu'au 1er mai 1884, il n'y avait à Munich qu'un enseignement obstétrical donné dans la Maternité, dépendant de l'administration de l'Etat. Le professeur Winckel, voulant organiser un enseignement gynécologique, se préoccupa d'abord d'obtenir une salle suffisante de cours et d'opérations. Puis, par un simple changement de distribution intérieure, il créa aussi des salles d'attente et d'examen pour les consultations. Ainsi, actuellement, l'enseignement gynécologique est très bien organisé et à peu de frais.

Le personnel médical comprend :

(A) le *professeur ;*

(B) quatre *assistants* qui habitent l'hôpital. Le premier est affecté à la policlinique (malades visitées en ville); le deuxième aux accouchements; le troisième à la section gynécologique et à la consultation; le quatrième aux examens microscopiques et à la conservation des collections;

(C) des *médecins volontaires* qui, après avoir passé leurs examens d'état (Staat prüfung) désirent se perfectionner dans l'étude de la gynécologie. Six chambres sont réservées à ces *internes.*

Ce qui prouve bien l'excellence de cette dernière institution (qu'on retrouve du reste dans beaucoup d'autres Universités, surtout pour les services de chirurgie), c'est que ces six places sont toujours occupées et que cinq postulants attendent actuellement leur tour. Déjà vingt-quatre jeunes médecins ont passé ainsi plusieurs mois à recueillir un enseignement spécial, et les travaux dont ils y ont puisé la matière témoignent du profit qu'ils en ont retiré. Il suffit, du reste, de signaler leur diversité d'origine pour voir quel relief cette institution peut contribuer à donner à une Faculté: 3 Bavarois, 5 Prussiens, 1 Badois, 1 Hambourgeois, 1 Hessois, 1 Wurtembourgeois, 11 Américains, 1 Grec.

(D) Trois *co-assistants*, également logés dans l'hôpital; ces derniers peuvent ne pas avoir encore passé leurs examens d'Etat.

Tous ces aides du professeur, formant un état-major de 13 personnes, passent à tour de rôle dans les diverses parties

(1) Le professeur est autorisé *officieusement* à recevoir des malades payantes une indemnité pour les opérations qu'il leur pratique; elle varie suivant l'importance de ces opérations. Pour une hystérectomie ou ovariotomie, elle est de 1000 marks, m'a-t-on assuré.

du service qu'ils ont successivement sous leur direction. Le premier assistant seul a des fonctions fixes il fait le cours des sages-femmes.

Le service gynécologique est composé de 3 salles de 6 lits chacune, soit en tout 18, situées près de la salle de cours, dans l'endroit le plus tranquille et le plus à la portée de la salle d'opérations. La literie est particulièrement soignée; les malades sont transportées sur des lits à roulettes garnies de caoutchouc; il y a des matelas formés de trois tronçons recouverts de tissu imperméable, de manière à pouvoir faire facilement les lavages les plus complets, etc.

Enfin, il y a dans l'hôpital une division spéciale pour les malades payantes qui viennent y subir les grandes opérations, les ovariotomies, les hystérotomies, etc. L'ameublement en est plne soigné, avec bibliothèque, chaises longues, bonnes gravures sur les murs, etc.

Le Musée contient des pièces et des préparations intéressantes puisées dans le service.

La consultation se fait cinq fois par semaine, dans la salle des cours, immédiatement avant la clinique, de 9 à 10 heures du matin. Ce sont les assistants et les médecins volontaires qui examinent les malades et font des diagnostics qui sont plus tard contrôlés par le professeur; c'est donc pour eux un puissant moyen d'instruction.

En deux années, la consultation (*ambulatorium*) a traité 648 femmes.

Conclusions

A quelle raison pouvons-nous attribuer ce fait incontestable que l'enseignement de la gynécologie, à peu près délaissé et stérile en France, soit si largement assuré et si fructueux dans les Universités allemandes?

Nous croyons que tout dérive d'une cause unique, qui est la suivante :

Les fonctions de *professeur d'obstétrique et de gynécologie* ne sont pas données, comme en France, à des médecins experts uniquement dans l'art des accouchements. On ne l'attribue qu'à des hommes ayant fait leurs preuves par des travaux importants en gynécologie, capables à la fois d'enseigner les maladies des femmes et de pratiquer les opérations,—opérations si multiples qu'à notre époque la gynécologie est devenue vraiment une branche de la chirurgie, après être restée longtemps une dépendance de la médecine. Quoique les deux professeurs de cet ordre que renferme chaque Faculté allemande jouissent du même titre et soient censés donner le même enseignement, il résulte presque toujours, soit du choix des professeurs, soit d'un accord tacite survenu entre eux, que l'un d'eux se livre plus spécialement à l'obstétrique, tandis que l'autre s'adonne à la gynécologie avec une prédilection marquée. Je citerai comme exemple les Facultes de Berlin, où Schrœder est, *de fait*, le professeur de gynécologie, Gusserow celui d'accouchements; Pesth, où Tauffer est gynécologiste, Kezmarosky l'accoucheur; Vienne, où Spaeth ne faisait guère que de l'obstétrique, tandis que Ch. Braun s'adonne surtout aux opérations gynécologiques et accessoirement aux accouchements; Fribourg, Halle, où les professeurs ordinaires, Hegar, Olshausen, sont presque exclusivement gynécologistes, laissant à un *docent* (Wiedow) ou à un professeur extraordinaire (E. Schwartz) l'enseignement obstétrical, etc. La réforme qui est demandée par tous les bons esprits et qui se fera tôt ou tard, savoir la division complète des deux enseignements, est donc presque accomplie en pratique, si elle n'est pas encore décrétée officiellement. La loi n'aura qu'à sanctionner un fait accompli.

Il n'en est pas de même en France, où nos professeurs de clinique obstétricale et gynécologique sont, il faut l'avouer, exclusivement accoucheurs. En vain objecterait-on, pour continuer cet errement, qu'un très grand nombre de *maladies des femmes* sont sous la dépendance immédiate des accouchements. Cet argument n'a pas de valeur. Voudrait-on faire entrer dans les salles de médecine les ostéomyélites consécutives aux fièvres éruptives, les phlegmons et les cataractes sous la dépendance du diabète, parce que leur origine est médicale? La grossesse et la parturition sont certes des épisodes assez importants dans l'existence de la femme pour légitimer l'institution d'un enseignement spécial qui s'y rapporte. Mais le champ qu'elles embrassent est nettement circonscrit par la durée de cette phase particulière.

A la vérité, on peut être à la fois excellent accoucheur et excellent gynécologiste. De même, on peut être simultanément médecin et chirurgien. Cependant, l'expérience a prouvé qu'il était utile dans la pratique de séparer l'enseignement de la médecine de celui de la chirurgie, bien plus, d'établir dans chacun d'eux des subdivisions secondaires relatives à telle ou telle branche ayant pris une importance suffisante.

Il en est de même de l'ancienne union de l'obstétrique et de la gynécologie. Bonne tant que chacune d'elles comprenait un ensemble de connaissances restreint, elle devient nuisible du moment où la science, par ses progrès, a donné à chacune d'elles une étendue trop grande.

Certes, il sera toujours indispensable que le gynécologiste sache les accouchements, de même qu'il est indispensable que l'ophthalmologiste ou le dermatologiste ait des connaissances médico-chirurgicales. Mais s'il est légitime d'enseigner dans des chaires distinctes les maladies des yeux ou de la peau, il ne l'est pas moins d'élever la gynécologie à la hauteur d'un enseignement distinct.

C'est, je le répète, parce que cette séparation existe *de fait* depuis longtemps dans les Facultés allemandes, que leurs progrès dans cette branche de l'art se sont élevés à une aussi grande hauteur. Faut-il l'avouer? ces progrès ont quelque chose d'inquiétant pour notre amour-propre national. Nous, qui avons montré la voie aux gynécologistes étrangers, nous devenons aujourd'hui leurs tributaires. Les nouveaux procédés opératoires discutés dans nos Sociétés savantes viennent ou reviennent d'outre-Rhin; les plus grands journaux de gynécologie (1) sont allemands; les traités de gynécologie qui font autorité sont ceux de Hegar et Kaltenbach, de Schrœder, de Martin, de Winckel, des auteurs de l'Encyclopédie éditée par Billroth, etc.

C'est qu'autour des *professeurs de gynécologie* se forme incessamment toute une pépinière d'élèves (assistants, opérateurs, auditeurs) qui travaillent d'abord sous l'œil du maître et avec les documents puisés dans son service, finissent par donner, eux aussi, un enseignement auxiliaire (*docenten*) et des travaux originaux.

Au lieu de cela, que voyons-nous dans notre pays?

Nous ne faisons que constater un fait, et sans porter aucune atteinte à leur mérite éminent et reconnu, en disant que nos professeurs de *clinique obstétricale et de gynécologie*

(1) Zeitschrift für Geb. und Gynækologie.
Archiv für Gynækologie.
Centralblatt für Gynækologie

sont uniquement accoucheurs. Les femmes qu'ils font examiner et toucher par leurs élèves sont des femmes enceintes ou récemment accouchées ; s'il y a une opération gynécologique nécessaire, elle n'est pas faite dans le prétendu service de clinique gynécologique où rien n'est organisé pour les opérations grandes ou petites, depuis les ovariotomies ou les hystérotomies jusqu'aux opérations plastiques ou prothétiques variées qui constituent une si grande partie du domaine de la gynécologie moderne. On ne saurait montrer d'une manière plus évidente que nos services actuels, admirablement organisés pour l'enseignement de l'obstétrique, ne le sont nullement pour celui de la gynécologie.

Il est temps que les Facultés de médecine françaises comblent cette réelle lacune dans leur enseignement actuel. La laisser subsister, c'est nous condamner à une infériorité de plus en plus grande vis-à-vis nos rivaux, jusqu'au jour où, la nécessité devenant trop évidente à tous les yeux, il se développera, à côté de l'enseignement officiel et en dehors de lui, un enseignement libre n'offrant ni la même autorité ni les mêmes garanties, mais qui du moins donnera, dans une certaine mesure, satisfaction aux besoins des élèves. Pareille chose s'est passée pour l'enseignement des maladies des yeux, et ce n'est qu'éclairée par cette expérience tardive que la Faculté a enfin créé une chaire de clinique ophthalmologique, distincte de la chaire de clinique chirurgicale. Mais combien n'a-t-on pas perdu à attendre si longtemps une décision réclamée depuis de longues années !

C'est pour des raisons semblables que s'imposera la création dans nos Facultés d'*un enseignement de clinique gynécologique.*

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude clinique du myodème, par C. Marcus.

Malgré son peu d'importance apparente, le phénomène du myodème n'en est pas moins susceptible d'être utilisé pour les besoins de la clinique, ainsi que cherche à l'établir l'auteur du présent travail, quand il nous montre la production de ce phénomène tantôt exagérée, comme dans les névrites, la paralysie spinale curable, la pneumonie, la péricardite et diverses autres inflammations, tantôt diminuée et affaiblie, au point même de disparaître, comme cela s'observe dans les maladies caractérisées par un affaiblissement progressif de la fibre musculaire ou accompagnées d'une contracture prolongée (sclérose latérale, paralysie infantile, ataxie, etc.) Il est clair qu'un phénomène susceptible d'éprouver des modifications dans autant de circonstances différentes ne saurait constituer un signe absolument banal et qu'il devient dès lors nécessaire de l'étudier, d'autant que, en clinique, aucun moyen d'information n'est à dédaigner et que celui-ci peut fournir des renseignements précieux sur l'état de la fibre musculaire, partant sur l'état de la nutrition des tissus, dont celui de la fibre musculaire n'est qu'un cas particulier.

Le phénomène du myodème peut encore être utilisé en médecine légale, par exemple, quand il s'agit de déterminer le moment précis où la mort a eu lieu ; la contraction fasciculaire ou longitudinale cesse une heure environ après celle-ci, tandis que la contraction nodulaire ou myodème proprement dit peut durer encore cinq ou six heures.

Considéré au point de vue physiologique, le myodème est d'une interprétation difficile. Il a été attribué tour à tour à la fatigue musculaire, à la production d'une action réflexe. Gubler invoquait une cessation momentanée de l'influx nerveux qui rendait momentanément aux faisceaux musculaires leur indépendance. Après avoir fait la part des objections que peuvent soulever ces différentes théories, l'auteur n'est pas éloigné de croire que, dans certains cas, et notamment dans les maladies infectieuses (fièvre typhoïde), une certaine part revient à l'infection du sang par le poison spécifique, qui provoquerait ici l'altération des muscles au même titre que celle des autres tissus. Le myodème deviendrait dans cette hypothèse un fait du même ordre que les dégénérescences musculaires si souvent constatées dans ces maladies.

Dr P. Muselier.

BULLETIN

Clôture de la discussion sur la rage a l'Académie de médecine. — Statistique générale des personnes françaises et étrangères traitées a l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886.

La discussion sur la rage, contrairement à beaucoup d'autres, a marché rapidement à l'Académie de médecine et a pu être close mardi dernier. Elle ne pouvait, sans de graves inconvénients, traîner en longueur, et c'est ce qu'a compris le bureau de l'Académie en excluant toute autre question de l'ordre du jour et en ajournant pour la seconde fois le comité secret annoncé dans l'avant-dernière séance.

Cette discussion, somme toute, n'a pas présenté l'ampleur à laquelle on pouvait s'attendre et dont la perspective avait attiré, rue des Saints-Pères, un nombre rare d'auditeurs. Hâtons-nous d'ajouter que la faute en est moins aux orateurs qu'au terrain très circonscrit sur lequel la lutte a été engagée et s'est poursuivie.

Dans tout débat d'une haute importance, on peut distinguer trois ordres d'arguments :

1o Des arguments purement personnels, qui n'ont pas manqué dans la discussion actuelle, mais dont on doit faire bon marché : sur le terrain scientifique, toute personnalité doit disparaître ; il n'y a que des hommes qui, tout en suivant des voies différentes, s'efforcent également de marcher vers la vérité.

2o Des arguments fondés sur les notions générales acquises à la science. Dans le cas actuel, des arguments de cet ordre ne pouvaient être invoqués, et M. Peter n'a pas songé à s'y arrêter : la vaccination antirabique rompt complètement, en effet, avec les données traditionnelles de la pathologie générale ; elle présente un champ d'étude nouveau, et l'on ne saurait logiquement la juger d'après les anciennes doctrines.

3o Des arguments reposant sur des faits. C'était ici le seul et véritable terrain du débat. Malheureusement, les faits sont encore peu nombreux et tout aussi peu probants. L'étude de la rage humaine est moins avancée qu'on ne pourrait le supposer. Cette forme paralytique, que M. Peter avait tendance à considérer comme pouvant déceler, chez les individus qui en sont atteints, l'action du virus de laboratoire, cette forme paralytique, disons-nous, quoique plus rare que la forme convulsive, n'en a pas moins été signalée bien avant

les inoculations antirabiques, puisqu'on la trouve indiquée, sinon décrite, dans Van Swieten. Dans l'état actuel de la science, il n'existe donc pas de critérium pouvant servir à distinguer la rage humaine de provenance canine de la rage humaine de source expérimentale, si tant est qu'il se soit produit un cas de ce genre.

Sous ce dernier rapport, M. Vulpian est très affirmatif et innocente complètement de tout accident les inoculations antirabiques. Nous croyons volontiers que notre savant confrère n'a exprimé une opinion aussi absolue que parce qu'il se sentait lié par sa déclaration première à l'Académie des sciences, et parce que, au-delà des auditeurs qui remplissaient l'enceinte de l'Académie, il a entrevu la foule des personnes qui sont venues ou qui viendront à l'Institut Pasteur réclamer le bénéfice de la nouvelle méthode, et qu'il a voulu avant tout rassurer. La manière de voir de M. Grancher qui, à défaut d'accident jusqu'ici notoirement constaté et démontré, en admet néanmoins la possibilité, nous semble à la fois plus scientifique et plus féconde dans la pratique.

L'insuffisance de nos connaissances sur les différentes formes que peut revêtir la rage humaine exige plus que jamais des études nouvelles. Il faut absolument qu'aucun cas de rage ne puisse désormais se produire chez l'homme sans que l'observation en soit recueillie avec toute la rigueur scientifique. Nous rappelons, à ce sujet, l'initiative prise par la Société de médecine de Bordeaux qui a institué dans son sein une Commission permanente de la rage chargée de poursuivre une enquête sur tout cas de rage qui lui serait signalé dans le département de la Gironde. Il est utile que cet exemple soit suivi partout où il peut l'être, et que tous les praticiens favorisent les travaux de ces différentes commissions qui seraient en rapport permanent, cela va sans dire, avec l'Institut Pasteur. Si chacun, dans sa sphère d'action, veut bien s'y prêter, on arrivera ainsi à réunir des documents propres à éclairer l'histoire de la rage humaine.

En attendant, la statistique démontre les avantages des inoculations antirabiques et l'innocuité qu'elles ont présentée jusqu'ici, même avec la forme intensive. Nous nous faisons un devoir de reproduire les résultats condensés dans les tableaux suivants dont chaque membre de l'Académie a reçu mardi dernier un exemplaire :

STATISTIQUE GÉNÉRALE DES PERSONNES FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES TRAITÉES A L'INSTITUT PASTEUR JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 1886.

Personnes mordues et traitées, 2,682. — Morts, 31. — Mortalité, 1,15 0/0.

1o Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B de la statistique) :

Personnes mordues, 2,164.—Morts, 29.—Mortalité, 1,34 0/0.

2o Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C) :

Personnes mordues, 518. — Morts, 2. — Mortalité, 0,38 0/0.

Statistique des personnes françaises et algériennes traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886.

Personnes mordues et traitées, 1,929 (1). — Morts, 18. — Mortalité, 0,93 0/0.

1o Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B) :

Personnes mordues, 1,538. — Morts, 16.—Mortalité, 1,04 0/0.

2o Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C) :

Personnes mordues, 391. — Morts, 2. — Mortalité, 0,51 0/0.

Statistique des morsures à la tête et au visage.

Personnes françaises et étrangères mordues et traitées, 214. — Morts, 10. — Mortalité, 4,66 0/0.

1o Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B) :

Personnes mordues, 186. — Morts, 9. — Mortalité, 4,83 0/0.

2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C) :

Personnes mordues, 28. — Morts, 1. — Mortalité, 3,57 0/0.

Comparaison des traitements simple et intensif.

Morsures à la tête ou au visage.—Personnes mordues par des animaux reconnus enragés expérimentalement ou par des observations vétérinaires (tableaux A et B) :

Personnes françaises et étrangères mordues et traitées, 186 :
Traitement simple, 136. — Morts, 10. — Mortalité, 6,66 0/0.
Traitement intensif, 50.—Morts, 0.—Mortalité, 0.

Statistique des personnes mordues par des loups enragés.

Personnes mordues, 48. — Morts, 7. — Mortalité, 14 0/0.

Trois des personnes mortes ont été prises de rage pendant le traitement. Elles sont maintenues dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes mortes après avoir été traitées.

Français : Pelletier, Videau, Lagut, Bouvier, Clédière, Peytel, Leduc, Magneron, Astier, Moulis, Noérmann, Clergeot, Jansen, Grand, Sodini, Léteng, Née, Gérard.

NOTA. — Pelletier et Noérmann sont venus se faire traiter plus de 35 jours après la morsure. Ils figurent dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Etrangers: Ivanowa (Russe), Gagou (Roumain), Zotoff (Russe), Mjasnikoff (Russe), Glutza (Roumain), Leendet (Hollandais), Nikiforoff (Russe) Guardia-Ribes (Espagnol de Reus), Pita (Espagnole), Requejo (Espagnol), Berqui (Italien), Collinge (Anglais), Smith, dit Goffi (Anglais).

NOTA—Ivanowa a été prise de rage 6 jours après le traitement; Gagou a été pris de rage le jour qui a suivi la fin du traitement; Nikiforoff, venu un mois après la morsure; Requejo, venu trente-quatre jours après la morsure. — Sont maintenus dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes traitées ayant succombé à des maladies diverses.

Français: Christin, méningite (Dr Genoud).-Duresset, affection pulmonaire (Dr Yot). — Rouyer, urémie (Rapport du Dr Brouardel et inoculation négative du bulbe). —Réveilbac, affection inconnue. —Goriot (Paul), mort de rage le 16 janvier 1887, mordu à l'index droit dans les premiers jours de décembre (date non précisée) par un chat. Traitement du 22 décembre au 1er janvier. N'a pas subi le traitement intensif parce que la rage du chat n'était pas certifiée. A été pris de rage 14 jours après le traitement. N'est pas compté dans la statistique, figurera dans celle de 1887.

Etranger : Wilde (Arthur), affection pulmonaire (Dr Foote).

La lecture de ces tableaux suggère quelques réflexions que nous demandons la permission de présenter.

Et d'abord il importe, nous semble-t-il, de ne pas réunir dans une même statistique les personnes mordues par un animal dont la rage a été démontrée expérimentalement et celles qui ont été mordues par un animal dont la rage a été simple-

(1) L'écart entre ce nombre (1,929) et le nombre 1,956 donné par M. Grancher à la séance de l'Académie du 11 janvier 1887 s'explique par le retranchement du tableau définitif des personnes dont le traitement n'a pas été achevé.

ment reconnue par un médecin vétérinaire. Si l'on exige, pour le diagnostic absolu de la rage chez l'homme, la démonstration expérimentale, on ne saurait être moins sévère pour le diagnostic de la rage chez les animaux. Il est donc nécessaire qu'on crée une catégorie spéciale pour les personnes mordues par un animal dont la rage aura été démontrée expérimentalement. Il va sans dire que, si plusieurs personnes sont mordues par un même animal, le développement de la rage chez l'une d'elles équivaut à cette démonstration expérimentale. On voit que la mortalité est plus grande à la suite de morsures par animaux reconnus enragés qu'après les morsures par animaux simplement suspects. Il est évident que, malgré tous les soins mis par les vétérinaires à reconnaître la rage, d'après les symptômes pendant la vie, ou d'après les lésions après la mort, bon nombre d'erreurs de diagnostic sont commises. La catégorie des malades pour lesquels la démonstration expérimentale aura été faite permettra donc d'apprécier rigoureusement les avantages des inoculations antirabiques et de convaincre ainsi les plus incrédules.

Il y aura lieu même de dédoubler cette catégorie, suivant que les morsures auront porté sur des parties découvertes (mains, visage, etc.), ou sur des parties recouvertes par les vêtements, dédoublement dont les tableaux ci-dessus démontrent l'importance.

Nous croyons inutile de nous arrêter à chacun des résultats contenus dans ces tableaux; mais il en est un que nous devons, en finissant, signaler tout particulièrement à l'attention des lecteurs, car il constitue la pièce la plus importante du débat actuel: c'est celui qui a trait à la comparaison du traitement simple et du traitement intensif. Le premier a donné une mortalité de 10 sur 136, ou de 6,66 0/0; le second, sur 50 cas, ne compte aucun décès. Plus efficace que le traitement simple, le traitement intensif n'a donc pas présenté jusqu'à ce jour une moins grande innocuité. Espérons qu'il en sera toujours ainsi et que les craintes qu'on a pu ou qu'on peut concevoir ne se réaliseront jamais.

Dr F. de Ranse.

APERÇU CRITIQUE SUR LA RÉFORME DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 RELATIVE AUX ALIÉNÉS.

Suite. — Voir les numéros 1 et 2.

On peut évaluer à environ 15,000, en moyenne, les entrées provisoires ou définitives dans les asiles qui auront lieu dans une année. Voilà donc quinze mille réquisitions de procureurs de la République, et quinze mille jugements de chambre de de conseil, ce qui implique nécessairement une augmentation proportionnelle du nombre de ces magistrats. Qu'on joigne à cela les difficultés de créer dans chaque établissement public ou privé d'aliénés, si petit soit-il, un quartier d'observation indépendant, c'est-à-dire un véritable asile dans un asile plus grand; les visites, presque quotidiennes, à faire par les membres du parquet et ceux de la commission permanente à des établissements d'aliénés parfois très éloignés du chef-lieu d'arrondissement; les enquêtes du procureur de la République sur la famille et les antécédents du malade, ainsi que sur les circonstances qui ont motivé son placement, etc., etc.; et tout cela sans compter les formalités de toute sorte qu'on a accumulées comme à plaisir dans le nouveau projet de loi. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, le tribunal, insuffisamment éclairé, peut ajourner sa décision sur le placement d'un aliéné et rendre pour ainsi dire indéfinie cette situation provisoire d'un malheureux qui attend plus d'un mois, dans un quartier d'observation, que le tribunal ait bien voulu déclarer si son internement est légitime ou non, c'est-à-dire s'il est fou ou pas fou. Et comme s'il trouvait sans doute que cette procédure n'est pas assez compliquée, assez oppressive, assez impraticable, un membre de la Chambre haute proposait encore, en cas d'incertitude de la part des magistrats, de faire comparaître l'aliéné lui-même devant le tribunal. Il est vrai qu'il a oublié de dire si ce serait les menottes aux mains et entre deux gendarmes!

On sait qu'Esquirol disait déjà, en parlant des inspections si nombreuses que la loi de 1838 instituait dans les asiles: « Que de visites! Que de visites! Prisons criminelles, prisons d'Etat, furent-elles jamais soumises à plus nombreuses inspections! Que d'individus admis dans le secret que tous veulent cacher! » Hélas! que dirait Esquirol aujourd'hui!

Et quel sera, somme toute, le résultat produit par la réforme projetée? Nous avons vu déjà qu'il ne donnait aucune satisfaction réelle à la société, en même temps qu'il altérait et diminuait le caractère du magistrat, et d'autre part qu'il compliquait le mécanisme de la loi au point de la rendre souvent impossible dans la pratique. Examinons maintenant quels pourront être ses effets sur l'aliéné, car enfin, on ne peut le nier, c'est là le principal intéressé.

Il n'est pas besoin d'insister longuement pour établir que la mise en traitement des malades sera notablement retardée par toutes les formalités prescrites, et notamment par la création d'un quartier d'observation. Comment, en effet, instituer sérieusement une médication pour un individu qui n'appartient pas au médecin, qui est là pour ainsi dire en étranger, chez lui, et qui demain peut-être sortira sur l'ordre du tribunal? Qu'on réfléchisse, d'autre part, à l'impression produite sur le malade, par toutes les visites, inspections, comparutions qu'il aura à subir avant d'être enfin admis à l'honneur du titre d'aliéné et du traitement que ce titre comporte. Voilà un malheureux qu'il faut traiter par l'isolement, le calme, le repos, et on le jette des bras d'une commission permanente dans ceux du procureur de la République, le harcelant, le troublant, l'émouvant au préjudice de sa quiétude et de sa raison.

Pense-t-on que ce n'est rien, cela, et l'intérêt réel de l'aliéné ne devrait-il pas enfin entrer en ligne de compte, au-dessus de tout, dans une législation qui a justement pour but principal de lui venir en aide?

Au lieu de cela, aveuglé par une préoccupation de l'opinion publique et de la liberté individuelle qui constitue presque une obsession, on crée contre l'aliéné une véritable instruction. J'ai écrit le mot instruction et je ne m'en dédis pas. Qu'est-ce en effet que tous ces placements dans des quartiers d'observations, toutes ces visites, tous ces interrogatoires, toutes ces enquêtes, toutes ces réquisitions du parquet, tous ces jugements de tribunaux, tous ces suppléments d'information, sinon une procédure véritable, une procédure des plus sévères et des plus compliquées, telle qu'on la pratique journellement pour un voleur ou un assassin. Et dire que la loi de 1838 avait déclaré et que la loi nouvelle déclare avec elle que dans aucun cas les aliénés ne pourront être assimilés ou confondus avec les malfaiteurs!

Quelle logique, et quelle condamnation de la loi par la loi elle-même!

Si les réformes projetées sont contraires à l'intérêt bien entendu des malades, que dire de la situation qu'elles créent aux médecins aliénistes, et en particulier aux médecins des établissements d'aliénés? On me permettra de ne pas insister sur ce point. Je me bornerai simplement à faire remarquer qu'aux termes de la loi nouvelle, si elle est adoptée, le médecin d'un asile public ou privé devient uniquement le gardien temporaire et irresponsable de l'aliéné; fermant sur lui les portes de l'établissement lorsque le juge l'ordonne, les lui ouvrant également sur l'ordre du magistrat. Voilà ce qu'on fait du médecin traitant du malade, de celui qui devrait avoir, dans l'espèce, le plus d'autorité et d'influence dans toutes les mesures relatives à son traitement.

Telle est donc la réforme capitale de la loi, jugée dans son principe et dans ses applications. Le Sénat paraît d'ailleurs s'être rendu compte, au moins en partie, de ses défectuosités, car il a apporté, dans le cours de la discussion, des modifications assez importantes au projet de la commission. Il a, il est vrai, maintenu le principe de l'intervention judiciaire dans les placements des aliénés et rejeté l'amendement de MM. Combes et Testelin qui reconnaissait sur ce point l'autorité du médecin inspecteur; mais il a réduit la commission permanente à deux membres, un médecin-inspecteur et un administrateur, la débarrassant, suivant l'expression de M. Bardoux, de son élément décoratif, pour ne conserver que ses éléments essentiels; elle a supprimé également, dans les placements volontaires, la visite du procureur de la République à l'aliéné et son enquête sur sa situation de famille et ses antécédents. C'est déjà quelque chose, mais ce n'est pas tout, et il faut espérer que mieux éclairée et dégagée de toute préoccupation extérieure pour ne songer qu'au véritable intérêt de l'aliéné, la Chambre haute finira par adopter, en deuxième délibération, l'amendement de MM. Combes et Testelin, le seul sage, le seul juste, et le seul pratique. Que si nos législateurs veulent absolument faire intervenir, au moins indirectement, l'élément judiciaire dans le placement d'un aliéné, il sera facile, me semble-t-il, de trouver un terrain d'entente, en faisant dépendre, par exemple, le médecin-inspecteur du parquet et non plus de l'administration, en l'assimilant en quelque sorte aux médecins experts près les tribunaux, et en exigeant de lui, comme de tous les experts, la prestation du serment.

Dr E. Régis.

(A suivre)

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Sarrazin, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg et directeur de l'hôpital militaire de Bourges, décédé ces jours derniers à Paris.

∴

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Mairet, agrégé, est chargé du cours de clinique des maladies mentales et nerveuses, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Cavalier.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Hanshalter est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Parisot, dont le temps est expiré.

M. le docteur Knœpfler est nommé chef de clinique ophthalmogique, en remplacement de M. Aubry, démissionnaire.

M. Laine est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. Griffe, démissionnaire.

∴

Académie royale de médecine de Belgique. — *Programme des concours.* — 1886-1887. — Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles.

Prix: 800 francs. Clôture du concours: 31 décembre 1887.

De l'hygiène alimentaire dans la thérapeutique des maladies.

Prix: 500 francs. Clôture du concours: 31 décembre 1887.

1886-1888. — Déterminer par de nouvelles expériences la composition chimique du seigle ergoté.

Prix. 600 francs. Clôture du concours: 1er février 1888.

Etudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique.

Prix: 500 francs. Clôture du concours: 31 décembre 1888. — *Prix fondé par un anonyme.*

Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.

Prix: 8,000 francs. Clôture du concours: 31 décembre 1888.

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Nancy pendant le premier trimestre 1886-1887

1. M. Etienne (Charles). Etude critique des différents traitements de l'ophthalmie sympathique. — 2. M. Béno (Joseph) Essai sur la syndactilie congénitale. — 3. M. Lefranc (Hilaire). Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. — 4. M. de Langenhagen (Paul-Emile). Contribution à l'étude du traitement des cataractes non mûres (maturation artificielle et lavages intra-utérins). — 5. M. Toussaint (Joseph-Constant). Des différents modes de traitement des kystes hydratiques du foie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 9 au samedi 15 janvier 1887

Fièvre typhoïde 24 — Variole 1 — Rougeole 47. — Scarlatine 2. — Coqueluche 7. — Diphthérie, croup, 37. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6 — Infections puerpérales 2 — Autres affections épidémiques 9. — Méningite (tubercul. et aiguë) 0. — Phthisie pulmonaire 201. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 51 — Malformation et débilité des âges extrêmes 29. — Bronchite aiguë 110 — Pneumonie 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 70. — au sein et mixte 26. — Inconnu 27. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 0. — de l'appareil circulatoire 0. — de l'appareil respiratoire 0. — de l'appareil digestif 0 — de l'appareil génito-urinaire 0. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 0 — Après traumatisme: Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 194. — Morts violentes 25. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 1.105 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Cure radicale des hernies, par Justin Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon. Un volume in-8, avec 13 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 80. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1879 et 1880, par le docteur Péan, suivies 1o des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1859 au 1er janvier 1881 ; 2° de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquée par lui du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1885 ; 3o de la troisième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis avec 46 figures dans le texte et 7 planches coloriées hors texte. Un fort volume in-8. — Prix : 20 fr.—Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cᵉ, 108, boulevard Saint-Germain.

Considérations thérapeutiques et cliniques sur les présentations du siège, par le docteur Hamon, in-8 avec 5 fig.—Prix : 1 fr. 50.— Paris, 1886, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Traité de chirurge clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, tome I, premier fascicule. — Affections chirurgicales de la tête. — Un volume in-8 de 400 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules qui se vendront toujours séparément.—Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Arcachon, ville d'été, ville d'hiver. — Topographie et climatologie médicales, par le docteur Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8, avec phototypies, carte géograph., planches, profils, tableaux, etc. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1885-1886), par S. Jaccoud, professeur de clinique, etc. (tome II). Un vol. in-8, avec 52 figures intercalées dans le texte. —Prix : 14 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein, par M. Azarie Brodeur, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un fort volume gr. in-8, de 576 pages, avec 5 planches en chromolithographie et 9 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Prolifération de la cellule par kariokinèse, par le docteur Gilis. In-8. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

De la perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement, par le docteur Polo. In-8 — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier éditeurs.

De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets, par le docteur Robert. Un volume in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Bibliothèque anthropologique — Tome IV. Précis d'anthropologie, par MM. les docteurs Hovelacque et Hervé. Un volume in-8 avec 20 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

GRANULOSE AIGUË A FORME SUFFOCANTE. — Leçon clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié, recueillie par M. le docteur Deligny.

Suite. — Voir le précédent numéro.

Messieurs,

Je reviens, comme je vous l'avais promis, sur le cas du malade dont je vous ai entretenu mardi dernier, car, au point de vue de la pathogénie, un intérêt tout nouveau est réveillé par ce fait.

Pourquoi cet individu de 23 ans a-t-il été affecté d'une éruption granuleuse aussi soudaine, aussi diffuse, aussi confluente?

La raison est celle que j'ai donnée il y a bien des années : il s'est infecté lui-même par son foyer ancien. C'est un type parfait de granulose aiguë par ce que j'ai appelé auto-infection; c'est la lésion ancienne, lésion unique, qui a tué le malade.

Quoiqu'il ne s'agisse pas d'une question purement clinique, elle a cependant un intérêt pratique considérable.

Quelles sont les preuves à l'appui de l'auto-infection?

Il y a, pour la justifier, trois ordres de démonstrations. Le premier concerne la démonstration expérimentale; c'est la plus ancienne : elle remonte à 1867; mais, depuis, les faits se sont multipliés.

La démonstration expérimentale établit que les foyers tuberculeux caséeux, ou mieux, que le caséum tuberculeux est inoculable, sans exceptions.

Il faut rappeler que les premiers expérimentateurs qui ont cherché à démontrer ce fait, parmi lesquels Lebert, voulaient faire échec à Villemin en prouvant qu'il n'y a pas que le tubercule qui soit inoculable.

Lebert, Wyss, sont les premiers expérimentateurs; puis il faut citer les recherches de Orth, de Huguenin, de Woff, les expériences des médecins italiens, Biffi et Verga, qui ont opéré sur de grands animaux; celles de Colin, Brigidi, Marroli, et bien d'autres. C'est sur une série énorme de faits que repose la démonstration de l'inoculabilité.

Comment se présentent les résultats d'inoculation? Quel que soit le mode d'opérer, le résultat est toujours le même : tuberculose locale. L'accident reste local pendant des mois, et il peut ne rien se produire d'autre, mais c'est l'exception; dans la très grande majorité des cas, il se produit une tuberculose généralisée qui, invariablement, prend la forme de granulose aiguë. C'est seulement après plusieurs mois que l'infection généralisée s'est montrée.

Le second ordre concerne la démonstration clinique; ce n'est, si l'on veut, qu'une démonstration indirecte, mais de grande valeur, quand on la rapproche des faits expérimentaux.

Elle consiste en ce que l'on observe, avec toutes les granuloses aiguës, un ou plusieurs foyers anciens. On a cessé de trouver des cas où ce foyer manquait, du jour où l'on a fait des recherches plus attentives.

Ces faits abondent tellement que, dans mes ouvrages, je n'ai pas cru devoir citer toutes les observations et tous les observateurs. Buhl est un des premiers; puis Brittich, Lebert encore, ce sont les trois principaux. Puis Mazotti a trouvé dix fois sur dix cas des foyers anciens; de même aussi Huguenin, Wolff.

Le fait est acquis; depuis que l'on fait des recherches sérieuses, depuis que l'attention est en éveil, je ne connais pas une seule observation publiée avec absence de foyer.

Mais, je le répète, il faut le chercher avec le plus grand soin. Malmsten et Blix ont publié l'histoire d'un homme de 35 ans, tué par une granulose aiguë; on avait presque achevé l'autopsie, sans avoir trouvé de foyer, lorsqu'on découvrit un foyer unique occupant le bassinet d'un des reins. Plus tard, Bricteux a cité le cas d'une fille de 17 ans, morte en vingt jours après une couche, chez laquelle on trouva un foyer dans chacune des deux trompes. Dans un autre cas, le foyer était dans l'épididyme et dans le bassinet du rein du même côté.

On a cité bien des cas où le foyer était dans les articulations, et j'ai appelé l'attention sur l'importance des foyers pleurétiques, qui sont à ranger dans le même groupe.

Voilà ce que j'appelle, et je crois avoir le droit de le faire, la démonstration clinique.

Le troisième ordre concerne la démonstration microscopique.

Les granulations sont toutes récentes, tandis que le foyer présente les tubercules avec dégénérescence graisseuse; il n'y a pas à confondre. Mais c'est seulement depuis la découverte du bacille que la démonstration est vraiment exacte, en donnant la preuve par les bacilles. Elle a été fournie dans notre cas : on a trouvé le bacille dans le foyer ancien. On verra les préparations au laboratoire.

Voilà trois ordres de démonstrations qui justifient l'auto-infection. Le cas de notre malade, à ce point de vue, est tellement typique qu'il n'en est pas un autre présentant une démonstration aussi incontestable.

Nous n'ignorons pas absolument les voies d'infection secondaire; la question a été bien étudiée par Weigert.

Il faut distinguer deux cas : si le foyer ancien est dans le poumon, par où se fait la généralisation? On peut faire intervenir les vaisseaux sanguins et les lymphatiques, mais Mügge a démontré que c'est principalement par les veines pulmonaires. Il a signalé l'altération tuberculeuse de la membrane interne des veines, la tunique externe restant saine, et c'est par le sang que cette altération se produit.

Weigert a montré que c'est cette tuberculose des veines qui devient un foyer d'infection, et, à un moment, il se fait par elle, suivant son expression, une véritable inondation tuberculeuse. On n'a pas donné jusqu'à présent de formule plus satisfaisante du mode d'infection.

Le second cas est celui où le foyer se trouve en dehors du poumon, loin du poumon, dans l'abdomen, les organes génitaux, etc. On peut bien encore admettre que la généralisation se fait par les veines.

Il y a une autre voie, c'est la voie du canal thoracique, et nous avons des observations de Ponfick, en 1877, qui montrent que le canal thoracique présente, suivant son expression, des productions tuberculoïdes.

Ceci dit, revenons à notre malade. — Que savons-nous de son foyer ancien? — Ce garçon avait 23 ans et, depuis onze ans, jouissait d'une bonne santé. A l'âge de 12 ans, il fit une maladie fébrile qui le retint trois semaines au lit, mais nous n'en savons pas autre chose. C'est à ce moment que s'est formé le foyer. On a cité des cas de foyers plus anciens encore; on a trouvé des foyers calcifiés.

Le foyer a été innocent pendant onze ans. Pourquoi a-t-il cessé de l'être? Nous ne pouvons le dire; peut-être a-t-il cessé d'être encapsulé, peut-être la résistance de l'organisme a-t-elle fait défaut.

L'explosion de la granulose a-t-elle été vraiment soudaine? Non. Sans aucune localisation symptomatique, deux mois avant son entrée à l'hôpital, le malade s'est senti atteint dans sa santé : il a perdu l'appétit et les forces. Cette période préfébrile, je vous l'ai signalé dans l'observation, est à peu près constante dans les faits de cet ordre.

Je la rapproche de ce que nous apprend Weigert, et je crois qu'elle correspond à la période d'altération des veines, l'apparition de la fièvre correspondant à l'inondation tuberculeuse.

Sur le terrain de la pratique, il faut retenir la gravité des reliquats caséeux, soit fournis par une maladie accidentelle, soit résultant d'une maladie constitutionnelle. Tout individu qui a un foyer caséeux est exposé à une infection secondaire; tant que le foyer n'est pas calcifié en totalité, il est infectant, il contient des bacilles. M. Déjérine, en 1884, a prouvé qu'il reste des bacilles tant que la calcification n'est pas totale.

Vous le voyez, messieurs, il y a un intérêt pratique que vous ne devez pas oublier, qui ressort du fait que nous venons d'étudier ensemble.

CHIRURGIE PRATIQUE

Hôpital temporaire Pascal. — Service de M. Pozzi.

Calcul vésical (de 5 cent. sur 3 cent. 8) chez une femme. — Extraction par la dilatation immédiate progressive de l'urèthre (Bougies de Hégar). — Guérison sans incontinence d'urine. — Observation recueillie par M. Pfender, interne provisoire du service.

La dilatation de l'urèthre pour l'extraction des calculs vésicaux chez la femme remonte à des temps très reculés. Voici, à cet égard, quelques renseignements historiques que nous puisons dans l'article de Winckel publié l'année dernière dans le Deutsche Chirurgie de Billroth et Luecke (1).

« Benevieni, en 1502, indiqua et préconisa l'opération que Marianus Sanctus décrivit en 1526.

Pierre Franco inventa en 1561 un instrument spécial.

D'ailleurs, ces auteurs n'ont eu que le mérite de faire revivre l'opération, car Alpin raconte en 1591, dans son ouvrage sur la médecine égyptienne, le fait d'un Arabe qui dilatait l'urèthre de la femme à l'aide de petits roseaux creux de volume croissant.

Plus tard, Solinger (1698), Douglas, Bertrandini (1769), entreprennent la dilatation progressive (durant de sept à huit jours) à l'aide d'éponge préparée et de racines de gentiane.

Bromfield se servait de l'appendice vermiculaire de petits animaux qu'il introduisait à l'aide d'une sonde, emplissait d'eau et laissait à demeure.

Pierre Franco inventa un instrument analogue à un spéculum à oreille que Fabricius Hildanus en 1628 transforma en lui donnant quatre valves.

Mazolli (Florence 1770) présenta un dilatateur à trois branches.

Tous ces appareils sont depuis longtemps complètement abandonnés.

Par contre, on se sert encore fréquemment en Angleterre d'un dilatateur qu'Astley Cooper fit construire à Londres par le fabricant d'instruments Weiss, qui se compose d'un cylindre creux bivalve dont les branches peuvent être écartées à l'aide d'une vis.

Mais cet instrument lui-même peut occasionner des lésions de l'urèthre (cas de Brodie où son application a donné lieu à une incontinence d'urine qui dura quatorze jours).

Nous devons encore examiner si la dilatation rapide est praticable chez les enfants au-dessous de quinze ans. Dans sept cas où elle fut employée par Curling, Heath, Hillmann, Gwinne Davey, Lolly, Wakley, on observa l'incontinence d'urine deux fois; toutefois, on doit remarquer qu'elle était alors produite par un procédé violent (dilatation par le doigt et avec une pince).

Dans 15 autres cas, l'extraction de la pierre n'échoua qu'une fois, et l'enfant mourut d'une affection rénale. Les autres guérirent sans incontinence d'urine consécutive.

La dilatation avec incision de l'urèthre et l'incision seule furent tentées par les auteurs anglais. Sur 17 cas, 7 furent suivis d'incontinence, que l'on n'a pas à craindre en suivant exactement la méthode de Simon. »

Actuellement, le manuel opératoire est considérablement

(1) Die Krankheiten der Weiblichen Harnroehre und Blase.

simplifié. On peut se servir avec avantage, comme l'a fait M. Pozzi dans l'observation suivante, des bougies à calibre progressivement croissant que Hégar a fait construire pour la dilatation rapide du col utérin. On peut ainsi en quelques minutes élargir assez l'urèthre de la femme pour introduire le doigt dans la vessie. C'est un procédé analogue à celui que quelques chirurgiens emploient pour amener la dilatation immédiate du rétrécissement de l'urèthre chez l'homme avec les bougies Béniqué.

L'extraction des calculs de l'urèthre dilaté ne devrait être tentée, selon la plupart des auteurs, que pour les calculs très petits. Winckel donne comme limites 2 cent. 1/2 à 3 centim. dans le diamètre transversal.

L'observation que nous publions va nous montrer que les limites assignées au volume du calcul peuvent être reculées jusqu'à près de 4 centimètres; elle est en même temps un exemple de l'innocuité absolue de la dilatation immédiate progressive de l'urèthre.

OBSERVATION.—La nommée V... (Rosalie), âgée de 38 ans, domestique, entre en août 1886 à l'Hôpital Temporaire de la rue Pascal, dans le service de M. Pozzi.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de notable.

Elle a eu la scarlatine à l'âge de 5 ans, la rougeole à l'âge de 8 ans, la fièvre typhoïde à 16 ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu à 25 ans, suivie de lésions cardiaques. Enfin, la variole à 31 ans.

Réglée depuis l'âge de 11 ans, elle n'accuse dans sa vie génitale qu'un avortement de six mois.

Elle fait remonter à deux ans le début de son calcul. A ce moment, elle ressent pendant les mictions une certaine gêne dans le périnée, et parfois même de la douleur dont elle ne peut préciser les caractères.

Ces troubles fonctionnels sont d'ailleurs peu accusés, et la malade oublie son mal jusqu'à ce qu'un jour, il y a sept ou huit mois environ, elle s'aperçoive que la fin de la miction est accompagnée de l'émission de quelques gouttes de sang et que ses urines sont troubles et épaisses.

En même temps, les signes subjectifs s'accusent de plus en plus. Outre une pesanteur périnéale intense, exaspérée surtout par la position assise, la malade éprouve nettement la sensation d'un corps étranger flottant dans la vessie. Elle accuse enfin quelques rétentions d'urine passagères survenant sans cause précise et dues vraisemblablement au contact du calcul contre le col.

Elle néglige encore de se soigner et n'entre dans le service que le 4 août 1886.

Les douleurs sont devenues si violentes que depuis un mois la malade est obligée de prendre tous les soirs une potion de morphine. Elle accuse un amaigrissement très marqué.

Cystite intense, caractérisée par la purulence des urines et les troubles de la miction. Mais pas de polyurie, pas d'incontinence d'urine.

L'exploration de la vessie est très douloureuse, tant par le palper hypogastrique que par le toucher vaginal. Ce dernier permet de sentir le calcul et d'apprécier approximativement son volume, qui représente à peu près celui d'un œuf de pigeon.

Le cathétérisme, excessivement douloureux, montre que le calcul est situé immédiatement en arrière du col. Il est tellement mobile que le lithotriteur à exploration ne nous a pas permis d'en calculer les dimensions exactes.

Pendant un mois, la malade est traitée par des injections boriquées matin et soir, qui font cesser tous les phénomènes de cystite aiguë.

Opération le 17 septembre 1886.

M. Pozzi décide de dilater d'abord l'urèthre pour se rendre compte des dimensions du calcul et, si elles le permettent, d'en essayer l'extraction par l'urèthre. Dans le cas où le calcul serait trop gros, tout est préparé pour la lithotritie.

Chloroforme.

Dilatation de l'urèthre à l'aide des bougies de Hegar jusqu'à ce que l'introduction de l'index soit facile.

Cette dilatation demande environ dix minutes.

L'exploration digitale confirme le volume et la mobilité du calcul. Ce volume est environ celui d'une amande, dont il a exactement la forme.

On retire alors momentanément le doigt pour permettre l'introduction dans la vessie de petites tenettes dont les mors sont largement fenêtrés, de manière à permettre à la surface convexe du calcul de s'engager dans l'anneau allongé qu'elles forment.

Le doigt indicateur est ensuite replacé, sur les tenettes, dans la vessie, et le chirurgien accroche le calcul avec l'extrémité digitale et cherche à le placer ainsi entre les mors de la pince (à ce moment, l'urèthre contenait à la fois l'index de l'opérateur et la partie la plus mince des branches des tenettes).

Ce n'est qu'après plusieurs tentatives que le calcul est ainsi saisi suivant son grand axe.

Le doigt est alors retiré de l'urèthre et le calcul peut être extrait sans violence.

L'exploration consécutive de la vessie permet d'y sentir des colonnes. Pas d'autres calculs.

Lavage boriqué abondant.

Deux tubes de caoutchouc du volume d'une sonde numéro 22 sont placés côte à côte dans la vessie pour permettre de fréquents lavages boriqués toutes les deux heures pendant les trois premiers jours et combattre efficacement la cystite.

21 septembre. — Les drains sont enlevés.

Tous les phénomènes de cystite ont disparu.

L'urine est claire.

La malade urine seule, sans aucune incontinence.

La malade sort au bout de quelques jours, complètement guérie.

Le calcul est ovoïde, rugueux, de couleur jaunâtre, très dur.

Dimensions : grand diamètre, 5 cent.; diamètre transversal au niveau de la partie la plus renflée, 3 cent. 8. L'autre extrémité est effilée, ce qui donne à la pierre exactement la forme d'une amande revêtue de sa coque, dont elle a aussi sensiblement le volume.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

LUMBAGO CHRONIQUE D'ORIGINE RHUMATISMALE. — ERYSIPÈLE DE LA FACE AVEC POUSSÉE HERPÉTIQUE. — PÉRICARDITE AIGUË. — ANGINE HERPÉTIQUE, par ALBERT ROBIN, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice des Ménages.

M. X..., âgé de 45 ans, exerçant la profession de tapissier-décorateur, a joui d'une bonne santé jusqu'en 1872. A cette époque, étant à son travail, il fut pris subitement d'une violente douleur de reins qui l'immobilisa sur place, dura plusieurs heures et cessa aussi rapidement qu'elle était survenue.

M. X... ne sait pas si les urines présentèrent une modification quelconque après la cessation de cette douleur. Le médecin ne formula pas de diagnostic et se borna à prescrire des calmants.

Mais si la douleur aiguë fut rapidement apaisée, il resta néanmoins dans la région des lombes une raideur et une sensibilité qui ne permirent jamais à M. X... de reprendre tout à fait son genre de vie antérieure; la montée d'un escalier, un changement de temps, l'humidité, ravivaient cette sensation de douleur vague que le malade n'a jamais cessé d'éprouver.

Vers le milieu de l'année 1879, M. X... vint me consulter pour la première fois: les douleurs lombaires avaient augmenté, la sta-

tion debout était difficile; le malade ne pouvait se redresser complètement et marchait courbé en deux. Les masses musculaires sacro-lombaires étaient douloureuses à la pression et pendant les mouvements; il n'y avait aucun symptôme du côté des membres inférieurs; l'urine était absolument normale. J'éliminai toute idée d'affection médullaire ou rénale et je diagnostiquai un *Lumbago chronique d'origine probablement rhumatismale*.

Il n'y avait rien dans la poitrine; le cœur était légèrement augmenté de volume et battait dans le 5e espace intercostal et un peu en dehors du mamelon, mais l'auscultation ne révélait aucun bruit anormal.

Le bromure de potassium à faible dose, les badigeonnages de teinture d'iode, eurent bientôt raison des douleurs lombaires qui disparurent complètement pour ne plus revenir qu'à de rares intervalles, à la suite de fatigues ou lorsque le temps devenait pluvieux ou humide.

Pendant l'année 1880, je fus consulté plusieurs fois par M. X... qui, aux variations de température, souffrait encore parfois de ses douleurs lombaires. La même médication en eut toujours facilement raison.

En 1881, il fit une cure à Néris et revint à Paris parfaitement bien portant, et jusqu'à l'invasion de la maladie actuelle, son état de santé n'avait jamais été meilleur. Il pouvait se livrer à ses occupations qui sont très fatigantes, faire de longues courses, diriger ses ateliers, etc. Toutes les fonctions s'accomplissaient d'une manière parfaitement régulière.

L'appartement habité par M. X... est très froid, difficile à chauffer à cause des courants d'air, et par conséquent soumis d'une pièce à l'autre à de brusques transitions de température; d'un autre côté, il passe une partie de sa journée dans les maisons qu'il meuble, exposé souvent à l'humidité et toujours à de nombreuses causes de refroidissement. C'est à la réunion de ces deux influences que je crus devoir attribuer le rhumatisme musculaire dont il avait si longtemps souffert. D'ailleurs, Mme X..., qui vit dans les mêmes conditions d'habitat et qui ne présentait dans ses antécédents rien de rhumatismal, a été atteinte en décembre 1880 d'un rhumatisme articulaire aigu.

Tels étaient l'état et les antécédents de M. X... quand survint la maladie actuelle.

Le 4 mars 1882, M. X..., qui s'était beaucoup fatigué les jours précédents, se sentit mal à l'aise dans la journée; il avait des éternuements fréquents, de l'enchiffrènement, une sensation de lourdeur dans la région des sinus frontaux, un peu de catarrhe nasal, en un mot tous les signes du rhume de cerveau à son début.

Le soir, il eut un peu de fièvre, mais continua à manger et dormit d'un assez bon sommeil.

Le lendemain, à son réveil, on s'aperçut qu'il avait le nez gonflé et plus rouge qu'à l'ordinaire; la face elle-même était dans son ensemble gonflée et comme œdématiée. Il se leva néanmoins et vaqua à quelques occupations. Mais, dans la journée, un grand malaise le prit, accompagné d'étourdissements, de quelques nausées, d'une sensation de tension douloureuse dans toute la face.

Le 6 mars, je vis le malade pour la première fois : la face était tuméfiée surtout au niveau de la joue gauche, mais il y avait du gonflement, quoique un peu moins marqué sur le reste de la face. La tuméfaction de la joue gauche était circonscrite, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, rouge, luisante, douloureuse à la pression, limitée par un bord net et saillant en forme de bourrelet. De plus, il existait au-dessous de la narine gauche, sur la lèvre supérieure, un groupe de *vésicules d'herpès*. On en trouvait aussi d'autres groupes disséminés dans la moustache; il y avait peu de fièvre, le pouls était à 80, la peau moite.

7 mars.—La nuit a été assez bonne, mais pourtant il y a eu sur la joue malade des démangeaisons intolérables. Hier soir, il y a eu un peu de chaleur, d'accélération du pouls et des sueurs, mais le matin le pouls est normal à 70, la peau fraîche, la langue bonne.

Quant à la rougeur de la veille, elle n'existe plus : la peau est encore gonflée sur la joue gauche, mais elle commence à se couvrir d'écailles épidermiques. Par contre, le nez et la joue droite sont pris, et la rougeur affecte maintenant toute la pommette gauche et la tempe, ainsi qu'une partie du nez.

Le diagnostic ne fait aucun doute; il s'agit bien d'un *érysipèle de la face*, mais, ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est la petite surface des régions envahies.

Il n'y a pas de ganglions engorgés, rien à la gorge. La fièvre est tout à fait tombée, le pouls est normal. Le malade ne ressent aucun malaise.

L'auscultation du cœur, pratiquée hier et aujourd'hui, ne révèle rien de particulier; les bruits sont bien frappés; il n'y a pas de bruit de souffle. En un mot, rien d'anormal en dehors de la légère augmentation de volume antérieurement constatée.

L'urine est foncée, mais sans hémaphéisme. Elle laisse déposer un sédiment rosacique, mais ne renferme pas d'albumine.

8 mars. — L'érysipèle a gagné l'oreille droite qui est très gonflée et très douloureuse; mais la rougeur a disparu sur la pommette. La joue gauche est en pleine desquamation. Un peu de reprise de la fièvre; sueurs pendant la nuit.

9 mars. — Le gonflement de l'oreille est à son maximum; toutes les régions de la face envahies par l'érysipèle sont en pleine desquamation. Il n'y a plus de fièvre.

10 mars. — L'oreille commence à être moins tendue et moins douloureuse. Le malade demande à manger, mais on ne lui permet encore que des aliments liquides.

11 mars. — L'oreille est presque complètement dégagée; elle commence à peler au niveau de son bord libre.

Le malade se trouve très bien, veut absolument se lever et aller à ses occupations. Je le lui interdis absolument et lui ordonne de garder le lit, mais lui permets de manger un œuf.

12 mars. — Malgré l'interdiction, M. X... s'est levé hier et aujourd'hui; il s'est habillé et est allé dans sa salle à manger, après s'être arrêté quelque temps dans un salon non chauffé, très froid et siège de nombreux courants d'air. Il a déjeuné avec appétit, a joué avec son fils pendant toute la journée et, à l'heure du dîner, s'est mis à table fort bien portant. Au milieu du dîner, il a été pris subitement d'un malaise indéfinissable, et encore d'une sensation d'oppression et de faiblesse; puis, en quelques instants, est survenue une douleur siégeant d'abord au niveau des dernières côtes du côté gauche. Cette douleur s'est étendue en quelques heures à tout le thorax de ce côté, mais en ayant toujours son maximum au point originel.

M. X... peut à grand'peine regagner son lit; à la douleur, qui croissait toujours, vint se joindre une grande difficulté pour respirer et une sensation d'inexprimable angoisse. Serré comme dans un étau, cherchant vainement à respirer à fond, immobilisé par la douleur qu'exaspérait le moindre mouvement, mais n'éprouvant aucune palpitation de cœur, M. X... crut qu'il allait étouffer, et son entourage, voyant sa pâleur, conçut les craintes les plus vives.

Puis vint la fièvre, ardente, avec des cauchemars, une vive accélération du pouls, des battements douloureux dans les tempes.

La nuit fut horriblement pénible.

13 mars.—Je vois M. X... à huit heures du matin : facies très abattu, pâle, yeux cernés, respiration anxieuse, il se plaint d'éprouver des douleurs dans tous les membres. La peau est couverte d'une sueur profuse, très odorante.

Le malade ne peut faire aucun mouvement. Quand je veux le faire asseoir pour ausculter la poitrine, il tente un effort, puis se récrie et retombe sur son lit, anhélant. Néanmoins, je parviens à l'asseoir avec de grandes difficultés, et je constate que la poitrine est absolument saine.

Le cœur bat exactement en arrière de la sixième côte, c'est-à-dire plus bas que précédemment; il soulève la paroi thoracique tout entière par un véritable mouvement d'expansion. La pression précordiale est douloureuse, mais la douleur la plus vive existe

au niveau du onzième espace intercostal. Le malade dit qu'il éprouve la sensation d'un grand poids dans la poitrine.

A la palpation, impulsion cardiaque énergique, mais aucun frémissement.

Par la percussion, le cœur a augmenté en longueur, paraît aussi plus large qu'à l'état normal; il déborde manifestement à droite le sternum. à gauche la ligne du mamelon.

A l'auscultation, on entend sur toute la surface précordiale un double frottement, aussi marqué à la pointe qu'à la base, ayant les caractères du bruit de cuir neuf et un timbre d'une aigreur tout à fait particulière, rappelant un peu, quoique d'une manière affaiblie, le bruit d'un papier qu'on déchire. Aucun bruit de souffle.

La pointe du cœur bat exactement au niveau des limites de la matité.

La pression sur le diaphragme, au niveau du rebord des fausses côtes et sur le phrénique au cou, n'est pas douloureuse.

Le pouls bat 78, mais la peau est brûlante, malgré la sudation profuse dont elle est le siège.

Il y a quelques nausées, une anorexie complète; la langue est blanche, la soif vive.

Je porte le diagnostic: *péricardite sans épanchement.*

Prescription. — Large vésicatoire camphré de 10/10 sur la région du cœur. Tisane de ebiendent à discrétion pour favoriser les sueurs.

Le soir, l'état s'est un peu aggravé, mais il n'y a rien de changé localement du côté du cœur.

Pouls 108. Sueur profuse. Un peu d'agitation et subdélire. L'impossibilité des mouvements et la dyspnée n'ont pas varié. L'état du malade paraît très alarmant.

14 mars. — Le vésicatoire a bien pris et a donné lieu à une évacuation énorme de sérosité, mais la nuit a été très mauvaise.

Les sueurs continuent avec la même intensité; la fièvre est toujours vive, le pouls bat 92.

La respiration est plus facile et les mouvements moins douloureux; mais il est survenu une vive céphalalgie et une dysurie cantharidienne qui irrite beaucoup le malade.

Rien de changé du côté du cœur; il semble pourtant que les bruits de la base deviennent plus sourds.

En résumé, amélioration sur l'état d'hier soir, au point de vue général.

Prescription. — Prendre une pilule contenant :

Extrait de datura...........	0.01
— jusquiame.........	0.01
Camphre..................	0.05
Réglisse..................	Q. S.

Cataplasme sur la vessie.

Le soir, changement complet : M. X... se sent beaucoup mieux; il respire librement; la douleur a notablement diminué; il peut parler sans fatigue, se remuer assez facilement. La sueur n'a pas cessé, et il existe un certain désaccord entre la température qui reste élevée et le pouls qui est tombé à 69, mais reste plein, ample et régulier.

Rien de changé du côté du cœur.

La dysurie a été fort vive pendant la journée. Le vésicatoire a beaucoup coulé.

15 mars. — M. X... est un peu moins bien qu'hier soir; son pouls est plus ample, mais plus dépressible; il bat 72 fois. Pourtant la nuit a été bonne, il a beaucoup dormi, et les sueurs d'hier soir se sont prolongées fort tard; mais comme la personne qui le veille s'était endormie, on ne l'a pas changé de linge et il a passé le reste de la nuit dans ses flanelles mouillées.

Néanmoins lui-même ne se sent pas mal; sa peau est sèche, la langue est un peu blanche; il n'y a pas eu de gardes-robes.

La température de la peau est encore assez élevée.

Le vésicatoire a beaucoup coulé; la dysurie a diminué.

Le dégoût pour les aliments a diminué, et M. X... accepte avec plaisir l'idée de prendre un tapioca. D'autre part, il dit que s'il se sent plus absorbé qu'hier, sa respiration est beaucoup plus facile; mais il éprouve un sentiment d'affaissement général et de courbature dans tous les membres. La douleur généralisée a, d'ailleurs, tout à fait disparu; le malade peut remuer dans son lit, mais il reste toujours un point au niveau des fausses côtes du côté gauche, presque au niveau de la rate, bien au-dessous de la pointe du cœur. Cette douleur me paraît siéger dans le dernier nerf intercostal.

Les bruits du cœur sont un peu plus sourds qu'hier; le bruit de cuir neuf a disparu, et la tonalité aiguë remplacée par un bruit de va-et-vient fort net, mais plus marqué à la base qu'à la pointe, où les battements du cœur paraissent lointains. L'auscultation la plus attentive ne révèle aucun bruit de souffle.

Le soir, le pouls ne bat que 68 pulsations; les sueurs ont cessé; le malade ne se sent pas mal à l'aise, mais tout son corps est couvert de sudamina. La dysurie a beaucoup diminué.

On ordonne d'appliquer une couche de teinture d'iode sur le côté gauche de la poitrine, dans l'aisselle.

16 mars. — La nuit a été assez bonne, mais le malade a été réveillé par un violent cauchemar; d'ailleurs, il n'a éprouvé aucune sensation douloureuse du côté du cœur. Ce matin, il se sent bien, respire facilement, se remue sans aucune douleur et demande à manger. On lui accorde un œuf.

Comme il n'y a pas eu de garde-robes depuis huit jours, on donne un lavement au gros miel qui provoque une abondante évacuation de matières.

Les battements du cœur sont très superficiels; le frottement a repris le caractère de cuir neuf et le timbre aigu des premiers jours : à l'auscultation à la pointe, on soupçonne l'existence d'un léger souffle systolique.

La pression sur le cœur n'est pas douloureuse; il n'y a ni bouton diaphragmatique, ni phrénique; le pouls est régulier, assez plein, à 64.

Prescription. — Application de teinture d'iode sur les régions thoraciques non encore couvertes. Cessation des pilules de campbre et jusquiame. Eau rougie comme boisson.

17 mars. — L'amélioration continue; le malade a retrouvé sa gaîeté et presque son appétit. Pas de modification du côté des bruits du cœur, si ce n'est que le caractère de cuir neuf et le timbre aigu sont moins marqués.

18 mars. — Même état. Le pouls ne dépasse pas 64 pulsations. A la pointe du cœur, on perçoit aujourd'hui beaucoup plus nettement le souffle systolique, tandis que le bruit de va-et-vient en est beaucoup atténué.

19 mars.—Le malade se trouve bien; mais je suis frappé par la pâleur de la face qui, depuis quelques jours, a pris un caractère terreux. Rien de changé du côté du cœur. Pouls 68.

20 mars.—Même état. Pouls 70.

21 mars. — Hier soir, il y a eu comme un pincement assez douloureux dans la région de la pointe du cœur, mais cette sensation a été très fugace. Prescription : application de teinture d'iode dans l'aisselle gauche ; 1 gr. de iodure de potassium dans une tasse d'infusion de feuilles de frêne.

22 mars.—Le souffle systolique de la pointe est moins net; quant au bruit de frottement, on l'entend toujours à la base avec la même intensité. Prescription : 2 gr. d'iodure de potassium.

23 mars.— La nuit a été moins bonne. Le malade a éternué; il a un sentiment de tension douloureuse dans les sinus maxillaires et frontaux, ainsi que dans la mâchoire inférieure. Sa voix est un peu enrouée. J'attribue ces accidents à l'iodure de potassium, que je fais cesser.

24 mars. — Grande amélioration. Les phénomènes d'iodisme se sont fort atténués. Rien de changé du côté du cœur. Le malade change de chambre; en se rendant d'un lit dans l'autre, il observe que ses jambes sont d'une faiblesse extrême et que ses chevilles sont douloureuses quand il s'appuie sur les pieds.

25 mars. — Se trouve très bien. Les chevilles sont absolument

normales et nullement douloureuses à la pression, ni gonflées. — Idem pour le cœur.

26 mars.—Le malade se lève pour la première fois; il reste une heure dans son fauteuil et se recouche sans fatigue.

29 mars.—S'est levé chaque jour; reste maintenant trois heures debout. Une bouteille de limonade purgative.

30 mars. — Toutes les fonctions s'accomplissent bien : l'appétit est excellent. Rien de changé dans l'état du cœur.

3 avril. — On applique un petit vésicatoire sur la région du cœur.

4 avril. — Le malade se plaint de quelques douleurs de reins; la figure est bonne. Il reste levé une partie de la journée.

16 avril. — Depuis deux jours, la figure a pris un ton jaunâtre; la conjonctive est légèrement sub-ictérique. Il y a, de plus, un malaise mal caractérisé avec perte de l'appétit. Le 12, on avait appliqué un nouveau vésicatoire, mais celui-ci s'étant mal séché, on a dû le laver aujourd'hui pour détacher la ouate qui le recouvre. Une heure après le lavage, fait à l'eau tiède et avec toutes les précautions possibles, le malade a eu un frisson violent; puis, subitement, il s'est senti une douleur en avalant. A sept heures du soir, la fièvre est vive, le pouls à 96, la peau couverte de sueurs, la face terreuse. La déglutition ne s'accomplit qu'avec les plus grandes difficultés et une extrême douleur; on ne voit rien au fond de la gorge, si ce n'est une légère rougeur sur le pharynx. Mais il y a du côté droit du cou, au niveau de l'angle du larynx, un petit ganglion très douloureux; les mouvements de la mâchoire sont très douloureux.

Prescription : Gargarisme au sulfate d'alumine; 0,05 d'extrait thébaïque.

17 avril.—La nuit a été détestable : insomnie complète et agitation; pouls 84. La chaleur de la peau est moins élevée, mais il vient d'y avoir une forte poussée sudorale.

La déglutition est presque impossible. Sur les amygdales, on voit une série de petits points blancs arrondis; il existe, en outre, de petites taches rouges sur les piliers et sur le pharynx. L'urine est rouge vif, rare; elle laisse déposer un sédiment rosacique.

Les battements du cœur sont éclatants. A l'auscultation, on entend un bruit de va et vient, à timbre aigu de cuir neuf, sur toute la région précordiale.

Le soir, la peau est brûlante, le pouls est à 116. L'état du malade est vraiment inquiétant. Sa respiration est difficile; il est plongé dans une apathie voisine de la torpeur, ne répond pas aux questions, sort de sa torpeur pour entrer dans de véritables accès d'agitation avec subdélirium.

Le fond de la gorge est toujours d'une rougeur cuivrée, mais non généralisée; la luette est énorme, très infiltrée et gêne considérablement le malade. Quelques-uns des points rouges vus ce matin sont devenus vésiculeux et blanchâtres.

18 avril. — Comme la nuit a été extrêmement pénible, que l'insomnie a été complète, que toute tentative de déglutition est impossible, j'ordonne 1 gr. 50 d'ipéca. Vomissements bilieux très abondants, trois garde-robes noires et horriblement fétides.

19 avril. — Ce matin, grande amélioration : la nuit a été meilleure, il y a eu deux heures de sommeil; la déglutition est plus facile; la face est moins jaune et plus animée.

Le fond de la gorge a un aspect bien différent de celui observé hier. Une fausse membrane blanc grisâtre occupe toute l'arcade qui réunit la luette de l'amygdale droite; elle s'étend en arrière sur la paroi du pharynx; mais ses bords sont déchiquetés irrégulièrement.

La luette est revenue à son volume normal. L'amygdale gauche est plus rouge qu'hier, mais on n'y voit point de vésicules : peut-être celles-ci ont-elles existé et se sont-elles crevées, car l'amygdale, très rouge, est couverte d'un enduit irrégulièrement disposé et d'aspect opalin; sur la lèvre supérieure est survenu cette nuit un groupe de vésicules d'herpès.

Le pouls est à 76.

Les bruits du cœur ont beaucoup diminué d'intensité, et le frottement est revenu à son état antérieur; peut-être même a-t-il un peu diminué, surtout à la pointe du cœur, où les bruits sont presque normaux.

L'urine a repris sa couleur normale, mais elle est encore rose. Le malade se plaint d'éprouver une soif extrêmement intense.

Quelques jours après, tout était rentré dans l'ordre, et M. X... pouvait se lever et reprendre ses occupations.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de le voir chaque année deux à trois fois. Il souffre toujours de ses douleurs de reins, surtout quand le temps est humide. Son cœur est toujours un peu gros, mais le frottement a totalement disparu.

Cette observation peut se passer de tout commentaire, et je résumerai seulement dans de courtes conclusions les points intéressants qu'elle présente :

1° La survenance brusque d'une péricardite au déclin, et l'on peut même dire après la disparition d'un érysipèle de la face (Jaccoud);

2° Le rôle joué peut-être par l'hypertrophie cardiaque antécédente à l'érysipèle dans la détermination de la péricardite;

3° Le début brusque de cette péricardite par une douleur subite au niveau des dernières côtes du côté gauche avec sensation d'oppression et d'évanouissement;

4° L'invasion subite aussi d'une angine herpétique pendant la convalescence de la péricardite;

5° La teinte sub-ictérique de la peau (ictère hémaphéique) précédant cette angine herpétique de 48 heures, ce qui indique bien que celle-ci n'a été que la manifestation locale d'un état général;

6° La coïncidence de toutes ces manifestations avec d'énormes sudations.

Mais la diversité de ces manifestations, leur survenance successive chez un individu notoirement rhumatisant, ne tendraient-elles pas à établir entre elles un lien commun, et ne pourrait-on pas leur appliquer l'épithète de rhumatismales et ne voir en elles que des déterminations locales de cet état diathésique? Pour la péricardite, le fait ne serait rien moins que banal, mais je ne crois pas que l'érysipèle de la face et l'angine herpétique aient encore été envisagés à ce point de vue. A ce titre, l'observation précédente méritait d'être rapportée, puisqu'elle laisse concevoir l'origine rhumatismale possible de l'érysipèle de la face et de l'angine herpétique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX RUSSES

Thérapeutique.

I. LES CANTHARIDES DANS LA RAGE, par LOUKOMSKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 42). — II. LES CANTHARIDES DANS LE TRAITEMENT DES MORSURES PAR UN LOUP ENRAGÉ, par KARTCHÉVSKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 37). — III. CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE DE LA RAGE, par ALFONSKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 24). — IV. L'ACIDE OSMIQUE DANS LE RHUMATISME MUSCULAIRE, par GRINÉVÉTZKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 24). — V. NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ACCÈS DE MIGRAINE PAR L'ANTIPYRINE, par WLAD. SPRIMONT (*Méd. Obosrénié*, 1886, n° 23). — VI. CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ALCOOLISME AIGU, par GLINSKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 30). — VII. LE « RUBUS CHAMAEMORUS » COMME DIURÉ-

TIQUE, par TROÏTZKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 34). — VIII. LA « QUILLAJA SAPONARIA » COMME EXPECTORANT, par MASLOVSKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 36). — IX. LA RÉSINE DE BENJOIN COMME REMÈDE POPULAIRE DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES, par WOSKRÉSENSKY (*Rousskaïa méd.*, 1886, n° 35).

I. En Ukraine, les cantharides sont un remède populaire contre la rage. Il est d'usage de donner à un animal, mordn par un autre animal enragé, une cantharide sèche (divisée en plusieurs parties, suivant la taille de l'animal) dans dn pain, et de lui faire boire pendant deux à trois jours une décoction de *genêt à tige ailée* (genista sagittalis). L'auteur a soigné encore, dans l'année 1840, cinq payeans mordus par un lonp enragé. Un d'entre eux ne voulnt pas se soumettre an traitement par les cantharides et il mourut de la rage. Les quatre antres furent traités par l'application sur les morsures d'un onguent cantharidien et par l'usage interne de deux prises de calomel à 5 centigr. *pro die*. Les malades prenaient, en ontre, deux verres par jour d'infusion de genêt et de eureau sauvage.

L'usage des cantharides était suspendu temporairement, dès l'apparition d'une eensation de brûlure dans l'urèthre, pour être continué de nouveau quand cette sensation se dissipait. Il dnra en tont deux semaines. Quant à l'infusion, elle fut bue pendant trois semaines. Tous les quatre paysans échappèrent à la rage. Dans ces derniers temps, l'auteur a encore traité, par le même procédé et avec le même succès, deux cas de morsures par un chien enragé.

II. Trois hommes, mordus par un loup enragé à la face, au nez et aux mains, furent traités comme dans le cas de Loukomsky, et cela pendant une semaine. Sept mois se sont écoulés depuis l'accident, et jusqu'à présent tous ces individus se portent parfaitement bien.

III. Le domestique de l'auteur fut mordn au pied gauche par un chien dont la rage n'était pas douteuse. Le lendemain, cautérisation profonde de la morsure avec l'acide chlorhydrique, prise d'une poudre d'euphorbe et injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de pilocarpine. Le soir du troisième jonr, injection de 25 milligr. de pilocarpine. Le quatrième jour, boisson sudorifique et bain russe. Quatre années se sont passées depuis : le domestique n'a pas été atteint de la rage.

IV. Dans dix cas de rhumatisme musculaire aigu et chronique, le traitement par les injections hypodermiques de 3 à 6 gouttes d'une solution d'acide osmique à 1 pour 100 s'est montré efficace entre les mains de l'auteur.

V. L'antipyrine, à la dose de 2 grammes, administrée pendant l'accès de migraine, affaiblit la douleur sans diminuer la durée de l'attaque ; mais, prise à la période des prodromes, la même dose prévient le paroxysme presque à coup sûr. Si le malade est faible ou enclin aux vertiges, il vaut mieux lui donner la quantité totale du médicament en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Quelquefois même, 1 gramme d'antipyrine suffit pour obtenir l'effet désiré.

VI. Dans les cas graves d'alcoolisme aigu, Glinsky se sert avec avantage du procédé de Hamilton modifié. An lieu de faire, comme Hamilton, des injections d'ammouiaque dans la veine médiane céphalique, Glinsky emploie des injections hypodermiques — à l'épigastre ou an dos — d'une seringue entière de Pravaz contenant un mélange de 1 partie de liqueur d'ammouiaqne et de 6 à 2 parties d'eau, suivant la gravité du cas. On fait suivre l'injection d'une friction, pendant une à deux minutes, de l'endroit de la piqûre. Puis on procède au lavage de l'estomac au moyen de l'appareil de Hegar.

VII. L'auteur ayant été atteint d'hydropisie a pu étudier sur lui-même l'action du *rubus chamaemorus* (variété de ronce dont les fruits acidulés servent d'aliment dans les provinces du nord de la Russie), qu'il a trouvé éminemment diurétique. On prend 8 grammes de feuilles de cette plante, on les infuse, le soir, avec deux tasses d'ean bouillante, puis on laisse macérer dans un endroit chand jusqu'au lendemain. On prend une tasse le matin, une tasse le soir.

VIII. Maslovsky loue l'action expectorante d'une décoction de 2 à 4 grammes sur 200 de l'écorce de « quillaja saponaria », administrée par lui à douze malades. Ce médicament n'irrite pas le tube digestif, augmente et facilite l'expectoration, diminue les accès de toux. Il est très bien supporté, mais paraît favoriser les hémoptysies chez les malades qui y sont prédisposés.

IX. Une pommade, composée de 8 grammes de benjoin, de 15 grammes de cire jaune et de 15 grammes d'axonge, aurait, d'après Woskrésenskx, une excellente action sur les ulcères invétérés. Sons son influence, la torpidité, les callosités, la tendance aux hémorrhagies, disparaissent, et de bonnes granulations se développent rapidement. L'action du benjoin sur les tissus est à la fois antiseptique et stimulante.

Dr W. HOLSTEIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE, par L. BRAINE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La tendance actuelle des médecins, en ce qui concerne le traitement des kystes hydatiques du foie, est d'intervenir de bonne heure pour éviter l'accroissement ultérieur ainsi que les conséquences graves (cachexie, suppuration, hecticité) de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes. Mais il est un choix à faire entre les moyens qui peuvent réaliser cette intervention, et c'est précisément cette question, encore très discutée aujourd'hui, qui forme l'objet de l'intéressant travail dont nous essayons ici de donner un rapide aperçu.

L'auteur fait d'abord la critique des procédés simples : acupuncture, électro-puncture, ponction simple, et conclut avec raison que, malgré le nombre assez imposant de succès que chacun d'eux peut revendiquer, aucun d'eux n'est pourtant assez sûr pour inspirer une confiance absolue, surtout si on met leur utilité en regard des dangers auxquels ils exposent le malade. Il donne donc la préférence aux opérations plus radicales, particulièrement à la laparotomie, et il s'efforce de justifier cette préférence par une étude approfondie des indications et des contre-indications. En même temps, il expose avec soin les détails du manuel opératoire dont le choix présente dans ces cas une importance capitale.

On sera tenté de partager son opinion après la lecture des observations dont il a étayé son travail et qui montrent toute l'efficacité de la laparotomie entre les mains habiles. Une de

ces observations, qui concerne nn de nos collègues, accoucheur des hôpitaux, actuellement guéri d'un kyste qui avait mis sa vie en danger, paraîtra à cet égard tout à fait convaincante.

Une conclusion importante se dégage de ces faits, c'est qne la laparotomie pent s'appliqner avec succès aux kystes profonds, intra-hépatiqnes, et aux kystes de la face supérieure de l'organe anssi bien qu'à ceux qui, placés snperficiellement, s'offrent immédiatement à la main de l'opérateur. Dans cette circonstance, il est vrai, la résection du tissu hépatique (*hépatotomie*) devient nécessaire, mais cette section ne semble pas devoir offrir de dangers spéciaux, comme cela ressort des expériences du docteur Tillmann et des observations des chirurgiens allemands qui, en cette matière comme en bien d'autres, n'ont pris pour guide que leur audace souvent heureuse.

Ajoutons enfin que, snivant M. Braine, la laparotomie possède sur les autres procédés un avantage considérable, même inappréciable, celui d'assurer le diagnostic précis du siège du kyste qui, dans le procédé de la ponction simple, ne peut jamais être déterminé d'une façon exacte. Cette remarque a pour corollaire celle de l'innocuité de la laparotomie bien faite, avec les précautions d'une antisepsie rigoureuse, mise en regard des dangers de la ponction simple qui, dans plus d'un cas, a provoqué des accidents graves, parfois même la mort.

Des hémorrhagies dans les néphrites, par E. Launois.

Très conrt travail, dans lequel l'auteur se contente d'exposer les théories successivement invoquées pour expliquer la production des hémorrhagies dans les néphrites, sans y ajouter lui-même aucune conception nouvelle. Parmi ces hypothèses, il semble disposé à mettre au premier rang celle qui rattache la tendance hémorrhagique à l'altération générale du système vasculaire (endo-periartérite), dont la sclérose rénale ne semble être elle-même qu'une des conséquences et une des localisations viscérales.

Si cette théorie est fondée, il en résulte qu'on ne devra plus accorder qu'une faible importance à celle de l'élévation de la tension sanguine et à l'hypertrophie du cœur gauche, considérées comme cause éloignée ou prédisposante des hémorrhagies dans les néphrites. Cette conclusion, corollaire de la précédente, est celle que l'auteur adopte, mais sa thèse ne renferme qu'un nombre de faits insuffisant pour lui fournir un point d'appui solide.

Dr P. Muselier.

REVUE DES THÈSES

Etude sur la pathologie comparée des races humaines a la Guyane française, par le docteur Orgeas. — Thèse de Paris, 1886.

L'auteur étudie les maladies de la Guyane en mettant en relief les différences pathologiques que présentent les diverses races habitant cette colonie.

Sur 100 décès d'Européens libres, 70 sont dus à l'action de la haute température continue et de l'infectieux paludéen; près de 8 pour 100 reviennent à la tuberculose. Les autres décès sont dus à des maladies diverses : fièvre typhoïde, tétanos, etc.

Sur 100 décès de transportés européens, plus de 56 sont dus à l'action de la hante température et de l'infectieux paludéen.

Sur 100 décès de nègres et métis libres, plus de 34 reconnaissent pour cause l'impaludisme, l'anémie; près de 19 reviennent à la tuberculose.

Sur 100 décès de transportés nègres, 25 ont été causés par l'impaludisme et l'anémie, l'action de la fièvre jaune ayant été nulle sur ce groupe; plus de 43 se rapportent à la tuberculose.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des différents chapitres de cet ouvrage intéressant et qui contient d'importants documents de statistique médicale.

Du vomissement chez les tuberculeux, par le docteur Lacroix. — Thèse de Paris, 1886.

Même en l'absence de tout autre signe, les vomissements doivent faire penser à une tuberculose commençante, lorsqu'on ne trouve pas leur explication dans les divers appareils de l'économie; ils permettent d'établir un diagnostic précis lorsqu'ils s'accompagnent d'autres symptômes : amaigrissement, sueurs nocturnes, etc.

En général, ces vomissements sont rebelles au traitement.

Rémissions dans le cours de la paralysie générale, par le docteur Larroque. — Thèse de Paris, 1886.

Les rémissions que l'on observe dans le cours de la paralysie générale sont complètes ou incomplètes. La durée moyenne des rémissions est de six mois à un an.

Elles surviennent plus souvent après des suppurations ou des affections produisant du pus en abondance, comme l'a signalé Baillarger.

Les rémissions sont plus fréquentes chez les paralytiques généraux héréditaires, et surviennent sans cause connue. Il en est de même dans les pseudo-paralysies générales alcooliques, syphilitiques, saturnines.

La révulsion obtenue par un séton à la nuque semble avoir donné les meilleurs résultats de traitement.

L'auteur termine sa thèse par quelques considérations médico-légales. Martha.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité du fer comme adjuvant dans le traitement de certaines dyspepsies, par le docteur Albert Blondel, ancien interne des hôpitaux.

Rien de si fréquent que les troubles dyspeptiques. Si fréquents, que Beau en faisait la clé de voûte de la pathologie tout entière, en quoi il ne faisait qu'exagérer le nombre des dyspepsies initiales, alors qu'en réalité ce trouble fonctionnel n'est que le résultat le plus souvent secondaire d'autres états morbides. Dyspepsie, en effet, n'est guère qu'un mot, une entité factice, qui n'acquiert sa valeur qu'autant qu'il est placé dans le cadre pathologique dont il est la résultante.

Notre but ne saurait être ici de passer en revue l'interminable nomenclature des formes et des espèces de dyspepsies classées ordinairement d'après le symptôme prédominant qui leur a donné naissance. Nous voudrions seulement insister en quelques mots sur la fréquence, la fatalité, dirions-nons volontiers, des dyspepsies liées à une altération de la qualité globulaire. « Les dyspepsies ont le double privilège d'être à la « fois causes et symptômes des anémies. En tant que causes,

« elles produisent les anémies d'inanition ; en tant que signes « des anémies en général, elles contribuent souvent à aggra- « l'état des malades » (Professeur Sée). En effet, d'une part, l'anémie influe fâchensement sur la fonction digestive en ne fournissant qu'un suc gastrique d'autant plus pauvre que l'anémie est plus prononcée ; d'autre part, et après un temps plus ou moins long, l'inanitiation morhide due à une dyspepsie de cause initiale quelconque condnit à de l'aglobulie qui se manifeste par les symptômes ordinaires de décoloration des tissus, de hourdonnements d'oreilles, palpitations, etc.

Cette altération de la constitution intime de la masse sanguine ne paraît pas d'ailleurs uniquement due à de la lésion globulaire. Beau voyait trois formes d'anémie chez les dyspeptiques : l'anémie globulaire, l'anémie albuminense et l'anémie fibrineuse. D'après le professeur Sée, l'albumine seule subit un déchet très rapide. Elle peut diminuer de près de 50 pour 100, et cela dès les premiers jours. Ce qui semblerait établir ses propriétés nutritives au premier chef.

Et maintenant, s'il est admis que la dyspepsie provoque fatalement de l'anémie qui vient compliquer l'état morhide et précipiter la chute de l'organisme, il paraît assez naturel de faire entrer le fer comme adjuvant de la médication si variée des dyspepsies. La grande difficulté, nous ne saurions le dissimuler, est de pouvoir faire absorber ce médicament par un organisme placé dans de si précaires conditions de réceptivité médicamenteuse.

On se trouve, en effet, dans ce cercle vicieux d'un estomac dont l'état morbide a été la cause des altérations de nutrition et qui cependant doit bien fonctionner pour réparer les pertes de l'économie et relever l'énergie constitutionnelle. Si le problème est pen aisé, il en ressort au moins nettement cette indication majeure de faire choix d'un ferrugineux d'assimilation très facile. Pour nous qui avons expérimenté nombre de préparations ferrugineuses, nous nous sommes si souvent heurté à des accidents d'intolérance, action topique aggressive, constipation, etc., qu'il ne nous paraît ni superflu ni déplacé de signaler une préparation dont nous avons toujours recueilli de grands bénéfices : l'albuminate de fer. Ainsi combiné à une substance protéique, le fer est pour ainsi dire déjà en partie digéré et son absorption rendue par suite des plus faciles. En outre, cette combinaison du fer avec l'albumine nous paraît remarquablement heureuse pour combattre l'altération du liquide sanguin qui, en outre de sa lésion globulaire, réside aussi, ainsi que nous venons de le rappeler, dans une notable diminution de l'albumine.

Nous nous expliquons donc aisément les bons résultats produits par ce ferrugineux introduit depuis quelque temps déjà dans la thérapeutique par M. Laprade dont les récents travaux sur ce sujet paraissent avoir réalisé un progrès sérieux dans la thérapeutique martiale.

Il n'est pas inutile d'ajouter que dans la *liqueur de Laprade* l'albuminate de fer est associé au sirop d'écorces d'oranges dont l'effet est des plus avantageux pour combattre l'atonie de l'estomac. De plus, l'administration à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chaque repas, chaque cuillerée ne contenant que 0 gr. 05 de métal *assimilable*, met à l'abri de ces troubles trop facilement déterminés par l'administration du fer à dose massive.

Rappelons en terminant que le succès obtenu dans ces dernières années par cette préparation dans la thérapeutique gynécologique et spécialement contre les irrégularités de la menstruation s'explique facilement si l'on considère que la chlorose, qui s'accompagne presque toujours de dyspepsie, n'est elle-même le plus souvent qu'une anémie dépendant des fonctions génitales.

BULLETIN

Épilogue de la discussion sur la rage. — Prohibition du salicylage des matières alimentaires.

La discussion sur la rage, close à l'Académie de médecine, a continué dans les journaux extra-médicaux et a en son épilogue lundi dernier à l'Académie des sciences. M. Vulpian, en présentant à la savante compagnie la statistique du laboratoire de M. Pasteur, a développé les mêmes considérations que devant l'Académie de médecine et paraît avoir si bien convaincu ses collègues que, sur la proposition de M. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel, la communication de M. Vulpian, on du moins un extrait de cette communication, sera adressé, pour être affiché, aux comités de province chargés de recueillir les souscriptions de l'Institut Pasteur. L'affiche portera l'en-tête de « Institut de France ».

On a voulu ainsi, sans doute, combattre l'effet qu'a pu produire sur le grand public la campagne entreprise par M. Peter; mais a-t-on bien calculé toutes les conséquences d'une semblable mesure ? Ce caractère, non seulement d'innocuité absolue, mais de quasi-infaillibilité que le grand public attribue déjà à la méthode des inoculations antirabiques, le premier corps savant de France vient, par la décision qui précède, l'affirmer, le proclamer, le garantir. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, cette décision n'est-elle pas hâtive et n'a-t-elle pas lieu de surprendre de la part d'une compagnie qui compte dans son sein les plus hauts représentants des sciences exactes ? Certes, nous ne contestons aucun des chiffres produits dans les statistiques de M. Pasteur, et nous nous plaisons à reconnaître qu'elles sont de plus en plus probantes et encourageantes. Mais l'histoire de la rage, de l'aveu même des plus chauds partisans de la méthode pastorienne, présente encore trop d'inconnues pour qu'on soit autorisé à formuler des conclusions définitives.

Ce n'est pas tout. L'enthousiasme dont l'Institut donne l'exemple en faveur des inoculations antirabiques aura nécessairement pour conséquence de faire abandonner, au profit de cette méthode, tous les autres moyens préventifs de la rage, entre autres les mesures de police sanitaire qui avaient pour but de prévenir, sinon le développement, du moins la transmission de la rage canine. On semble trop facilement oublier que l'observation rigoureuse de ces mesures a réussi, dans certains pays, à faire diminuer, puis disparaître les cas de rage humaine et que ces pays, justement fiers d'un tel résultat, contemplent, d'un œil plus ou moins indifférent, les travaux et les débats dont le traitement préventif de cette maladie est actuellement l'objet.

Les règlements sanitaires dont il s'agit, déjà mal observés en France, vont tomber complètement en désuétude. Or, dans l'ordre logique des choses, on doit chercher : 1° A prévenir les morsures par les chiens enragés ; 2° à prévenir les effets des morsures qu'on n'a pu éviter. Quelle que soit donc la certitude de la méthode pastorienne, les pouvoirs publics ont le devoir de veiller avant tout à l'exécution des règlements de police sanitaire. Il se commettra, malgré tout, assez d'in-

fractions, et il y aura un assez grand nombre de cas malheureux pour que les inoculations antirabiques trouvent une libre carrière et rendent les services pour lesquels la science et l'humanité n'en devront pas moins de reconnaissance à M. Pasteur.

Nous pourrions présenter des considérations analogues à propos d'un autre moyen préventif de la rage, la cautérisation, déjà notablement négligée par les médecins, et que le dernier acte de l'Académie des sciences va contribuer à faire abandonner. Il est bon de ne pas oublier que les inoculations antirabiques ont d'autant moins de chances de succès qu'elles sont plus tardives et, comme une foule de circonstances peuvent empêcher un individu mordu par un chien enragé de venir en temps opportun réclamer au laboratoire de la rue Vauquelin les bénéfices de la nouvelle méthode, il est sage de ne pas le priver, en attendant, d'un moyen, moins efficace sans doute, mais dont l'utilité n'est contestée par personne. Lors donc qu'il se trouvera en présence d'une morsure rabique ou suspecte, le premier devoir du médecin sera toujours de la cautériser suivant le précepte mis en pratique avant la découverte de M. Pasteur.

Nous n'insisterons pas davantage; nous croyons avoir suffisamment justifié nos réserves à l'endroit de la décision prise par l'Académie des sciences.

— Rien n'est agréable, après une critique, comme d'avoir à louer. On se rappelle le désidératum que nous avons exprimé, dans notre dernier Bulletin, à propos de la statistique dans laquelle étaient confondues les personnes mordues par un animal dont la rage a été démontrée expérimentalement et celles qui ont été mordues par un animal dont la rage a été simplement reconnue par un médecin vétérinaire. M. Grancher a bien voulu nous adresser à ce sujet la lettre suivante :

« La communication de M. Vulpian à l'Institut donne satisfaction au désidératum exprimé dans la GAZETTE de samedi.

« Vous y verrez que le tableau A donne sensiblement la même mortalité que le tableau B., exactement la même, si on retranche Moermann, venu quarante-quatre jours après la morsure.

« Que peut-on demander de plus ? »

Nous avons cherché vainement dans la communication de M. Vulpian la modification annoncée dans cette lettre, mais nous l'avons trouvée dans un article que M. Janicot, sous l'inspiration du laboratoire de M. Pasteur, a publié dans le FIGARO. Nous voyons, en effet, que les deux catégories des personnes indiquées plus haut sont séparées, ainsi que nous le demandions. Suivant le tableau A, comprenant les personnes mordues par un animal dont la rage a été démontrée expérimentalement, sur 233 mordus, il y a eu 4 morts, soit une mortalité de 1,71 p. 100. Si l'on retranche des 4 morts, ce qui paraît assez légitime, Moermann, inoculé pour la première fois quarante-quatre jours après sa morsure, la mortalité descend à 1,28 p. 100. D'un autre côté, le tableau B, comprenant les personnes mordues par un animal reconnu enragé par des médecins vétérinaires, donne, sur 1,931 mordus, 25 morts, soit une mortalité de 1,28 pour 100, identique à la précédente. Ce résultat, auquel on ne pouvait s'attendre, montre avec quel soin sont prises les observations transmises au laboratoire de M. Pasteur par les médecins vétérinaires. Nous n'en remercions pas moins M. Grancher et ses collaborateurs de leur empressement à donner satisfaction à notre désidératum. Nous ne mettons pas en doute que les ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR, dont la prochaine publication a été annoncée, et qui feront connaître les résultats mensuels observés au laboratoire avec la rigueur scientifique que l'on connaît, ne contribuent puissamment à l'élucidation de toutes les questions concernant la rage.

— L'Académie de médecine a pris mardi dernier une sage délibération en déclarant nuisible à la santé publique le salicylage des matières alimentaires. L'abus, en pareille circonstance, est si près de l'usage, que l'interdiction absolue de la substance incriminée s'impose, même quand on peut, comme l'a fait M. Paul, invoquer des circonstances atténuantes. Il appartient à l'industrie d'employer ou de rechercher les moyens de conserver les produits alimentaires sans faire intervenir des agents chimiques dont il est difficile, même en l'absence de propriétés toxiques nettement reconnues, d'innocenter complètement l'influence sur les fonctions digestives.

Dʳ F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — Le mardi 25 janvier a eu lieu la leçon d'ouverture de M. le professeur Dieulafoy.

Un auditoire très nombreux remplissait le grand amphithéâtre, et, par ses applaudissements fréquemment répétés, montrait, dès l'entrée de M. Dieulafoy, quelles étaient ses dispositions en faveur du nouveau professeur.

Après avoir remercié les élèves de leurs sympathiques manifestations, M. Dieulafoy a noblement salué la mémoire de Trousseau, son premier maître, et remercié les professeurs Jaccoud et Peter.

Il a cherché à montrer ce qu'était la pathologie, ses rapports avec l'anatomie pathologique, les liens étroits qui unissaient la pathologie et la clinique, empiétant l'une sur l'autre et se complétant.

Mais, les symptômes d'une maladie étant reconnus, le médecin doit encore s'occuper de les rattacher à une cause. Aussi est-il indispensable de faire une étude approfondie de la séméiologie et de l'étiologie.

Parlant de la tuberculose, le professeur a montré les trois stades par lesquels cette affection avait passé depuis un siècle. Laënnec, découvrant l'auscultation, en fait connaître d'une façon précise les symptômes; Villemin, par ses belles expériences, démontre la spécificité de la tuberculose ; les admirables travaux de Pasteur confirment les idées si longtemps contestées de Villemin. Les applaudissements de l'auditoire ont salué les noms de Villemin et de Pasteur.

M. Dieulafoy a terminé sa brillante leçon en déclarant qu'il embrassait complètement cette nouvelle manière d'envisager l'étiologie, rejetant la spontanéité dans les maladies infectieuses pour n'y voir que la spécificité.

—Le banquet offert à M. le professeur Dieulafoy aura lieu le jeudi 3 février, à sept heures, à l'Hôtel Continental.

Prière d'adresser les adhésions à MM. Barhe, Giraudeau, Jean, Legrand, Ribail, commissaires du banquet.

— Une élection a eu lieu à l'Académie des sciences pour la nomination d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Robin, décédé.

Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Dareste ; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Filhol, Perrier et Ranvier ; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Fischer, Ponchet et Vaillant.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 57, majorité 29, M. le docteur Ranvier, professeur au Collège de France, a été élu par 29 suffrages, contre 14 donnés à M. Dareste, et 13 à M. Perrier.

—Association française pour l'avancement des sciences. — Les conférences scientifiques et littéraires de l'Association française pour l'avancement des sciences, fusionnée avec l'Association scientifique de France (fondée en 1864 par M. J. Le Verrier), auront lieu, comme depuis l'année 1878, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi, à huit heures et demie du soir. Elles ont commencé le 22 janvier et auront lieu dans l'ordre suivant :

Samedi 29 janvier. M. Alglave, professeur à la Faculté de droit : L'alcoolisme et les moyens de le combattre.

Samedi 5 février. M. le professeur Brouardel, membre de l'Académie de médecine : L'eau potable.

Samedi 12 février. M. Moissan, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris : Le fluor.

Samedi 19 février. M. H. Dietz : Les humanités modernes.

Samedi 26 février. M. Janssen, membre de l'Institut : L'âge des étoiles.

Samedi 5 mars. M. Chauveau, membre de l'Institut : Le cœur et son mécanisme.

Samedi 12 mars. M. Edmond Perrier, professeur au Muséum : Les coralliaires et les îles madréporiques.

Samedi 19 mars. M. Dieulafoy, ingénieur en chef des ponts et chaussées : Suse.

Samedi 26 mars. M. Bureau, professeur-administrateur au Muséum : les Orchidées.

Samedi 2 avril. M. Dehérain, professeur au Muséum : La culture rémunératrice du blé.

— Epidémies. — L'épidémie de fièvre typhoïde décroît notablement à Clermont-Ferrand et tend à disparaître. Les élèves rentreront le 1er février prochain dans leurs établissements respectifs, d'où on les avait licenciés.

Une épidémie semblable sévit à Angoulême, principalement parmi les troupes casernées. Le commandant du 12e corps d'armée leur a fait quitter les casernes pour les faire camper *extra muros*.

— Le paquebot *la Gironde*, venant de l'Amérique du Sud et en dernier lieu du Sénégal, est arrivé à Pauillac jeudi dernier et a été mis en quarantaine pour cinq jours au lazaret de Trompeloup, parce qu'avant le 6 courant il y a eu à bord deux cas de choléra, dont l'un terminé par la mort, le 6 même, et dont l'autre était déjà, à cette date, complètement guéri.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le docteur Nonat, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, vient de succomber à l'âge de 82 ans. Il avait acquis en gynécologie une grande notoriété, et le traité qu'il a publié, en collaboration avec Linas pour la seconde édition, est encore souvent consulté avec fruit. Il a été un de nos premiers maîtres dans les hôpitaux, et nous avons toujours conservé le meilleur souvenir de son affabilité et de sa bienveillance.

— C'est par erreur que, sur la foi de quelques organes de la presse, nous avons annoncé la mort de M. le docteur Sarazin, ancien agrégé de la Faculté de Paris et directeur de l'hôpital militaire de Bourges. Notre sympathique confrère est simplement malade, et, si les augures sont vrais, la fausse nouvelle de sa mort lui portera bonheur. Nous faisons les vœux les plus sincères pour son prompt rétablissement.

⁂

Faculté de médecine de Paris. — M. Farabeuf, professeur d'anatomie, est délégué, en outre, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, jusqu'à l'issue du prochain concours.

— Les professeurs, les chargés de cours et les agrégés en exercice sont convoqués, le jeudi 10 février 1887, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Paris, en remplacement de M. Gavarret, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants :

1o *Prix Barbier*. — Un prix de 1,500 fr. est décerné à M. Maurice de Thierry préparateur de physique à la Faculté, pour ses appareils destinés à l'étude spectroscopique des quantités infinitésimales de sang dans un liquide quelconque.

Une récompense de 500 fr. est accordée à M. le docteur Ozanam, pour ses sphygmographe et sphygmoscope, destinés à l'étude de la circulation du sang et de la respiration.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur François Raspail, auteur d'une sonde nouvelle en gomme, destinée au lavage de l'estomac par la voie nasale, chez les aliénés sitiophobes.

2o *Prix Corvisart*. — Ce prix n'est pas décerné, aucun candidat ne s'étant présenté.

La question mise au concours pour l'année 1887 est la suivante : « Les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire. ».

3° *Prix Chateauvillard*. — Ce prix, de la valeur de 2.000 fr., est partagé de la manière suivante :

a) Un prix de 1.200 fr. est décerné à MM. les docteurs Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Bousquet, pour leur *Traité de pathologie externe*.

b) Un prix de 800 fr. est décerné à M. le docteur Régis pour son *Manuel pratique de médecine légale*.

4° *Prix des thèses*. — Ces prix, destinés à récompenser les thèses les plus remarquables soutenues devant la Faculté, pendant l'année scolaire 1885-1886, ont été décernés dans l'ordre suivant :

Médailles d'argent. — MM. Blanc, Brodeur, Chaput, Durand-Fardel, Feulard, Laguesse, Lermoyez, Louge, Malibran, Morel-Lavallée et Perrin.

Médailles de Bronze. — MM. Assaky, Boileux, Boursier, Broca, Brossard, Chatelier, Duchastelet, Duflocq, Gilbert, Gilles de la Tourette, Hirschfeld, Jardet, Kalt, Revilliod, Manrique, Perrin de la Touche, Poupinel, Queyrat Ribbe et Villejean.

Mentions honorables. — MM. Azala, Babulée, Barreau de Muratel, Bernard, Beurnier, Bourdel, Carron de la Carrière, Coudray de Pradel, Damalix, Dandieu, Dayot, Delporte, Deschamps, Fremont, Gandichier, Gandry, Gazala, Godard, Gomet, Hamonic, Lavergne, Legendre, Legrain, Legrand, Leval-Piquechef, Longnon, Malfilâtre, Marcigny, Morin, Nagaty, Naudin, Omont, Pottier, Poupon, Raspail, Ribail, Robelin, Roche, Sonbhy, Talat et Uribe.

Ecole de médecine de Caen. — M. Huet, docteur en médecine et docteur ès sciences, est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Lenormand (Camille), licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le jury du concours pour le prix Civiale, ouvert par l'administration de l'Assistance publique, a décerné ce prix à M. Clado, interne à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

MALADIES DE L'ESTOMAC. — *Hôpital de la Pitié.* — M. le docteur V. Audhoui reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de l'estomac le lundi 31 janvier, à neuf heures, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.—Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 16 AU SAMEDI 22 JANVIER 1887

Fièvre typhoïde 29.—Variole 3 — Rougeole 37 — Scarlatine 3. — Coqueluche 11.— Diphtérie, croup, 23 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 214.— Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 49. — Autres 6. — Méningite 32. — Congestion et hémorr. cérébr. 61. — Paralysie 7. — Ramollissement cérébral 8.— Maladies organiques du cœur 77.— Bronchite aiguë 42. — Bronchite chronique 51. — Broncho-pneumonie 42. — Pneumonie 68 — Gastro-entérite : Sein 18. — Biberon 26. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 1. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 25. — Sénilité 40. — Suicides 11. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 204. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 1.128 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par le docteur F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc. — Deuxième fascicule : « Complications des lésions traumatiques. — Lésions inflammatoires. Un volume grand in-8. — Prix : 6 fr. — Le premier fascicule paru : « Lésions traumatiques et leurs complications », se vend 7 fr.—Le troisième fascicule, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1887. — Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cᵉ, 108, boulevard Saint-Germain.

Bibliothèque anthropologique (tome III). — L'évolution de la morale, leçons professées pendant l'année de 1885-1886, par Ch. Letourneau, président de la Société d'anthropologie, etc. Un volume in-8. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE DE L'ENFANCE

SUR QUELQUES DIFFORMITÉS CONGÉNITALES, par P. REDARD, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine. (Communication au Congrès de chirurgie, 1886).

Parmi les nombreuses difformités congénitales que nous avons observées depuis deux ans dans notre service du Dispensaire Furtado-Heine, les trois observations suivantes nous paraissent dignes d'intérêt :

OBS. I. — *Sillon congénital du membre inférieur gauche. — Anomalies multiples des doigts des deux mains (Syndactylie, Ectrodactylie).— Excision de la bride.— Guérison.*

Le 29 mars 1886 se présente à ma consultation E. H..., âgé de deux mois. C'est un jeune garçon vigoureux, présentant des difformités multiples. Ses parents, qui n'ont que cet enfant, sont bien constitués, d'une excellente santé, ne paraissant ni alcooliques, ni syphilitiques.

La grossesse de la mère n'a présenté aucune anomalie ; l'accouchement par présentation du sommet s'est fait normalement. Les parents s'aperçoivent, au moment de la naissance, que leur enfant est atteint des malformations actuelles. Le pied, du côté gauche, est devenu œdémateux, froid.

La tête est régulièrement conformée ; l'examen des différentes régions n'indique aucune anomalie. Les malformations portent exclusivement sur les deux mains et sur le membre inférieur gauche.

Les orteils du pied gauche existent avec leurs ongles, mais ils sont légèrement atrophiés et sans la forme bien dessinée, très nette, qu'ils offrent du côté opposé. Le pied est plat, en léger valgus, très fortement œdématié. La peau est blanche, tendue. La sensibilité paraît bien moindre que du côté opposé. Par la palpation, on est frappé de la différence de température qui existe entre les deux pieds. Au moyen du thermomètre, on constate une différence de température de 5o,5.

Pied droit	(moyenne).	27o.
Pied gauche	—	21o,5.

Les mouvements, dans les articulations du pied et tibio-tarsienne, se font avec une grande facilité.

Le membre inférieur droit est normal ; le pied est plat, avec un très léger valgus.

Au tiers inférieur de la jambe, à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, se trouve la lésion principale. A ce niveau, en effet, on voit un sillon circulaire absolument régulier et faisant le tour complet du membre. Ce sillon est très profond, surtout à la partie interne.

En écartant les bourrelets, supérieur et inférieur, on voit la peau formant sillon légèrement rouge, sans ulcération. On sent au-dessous de la partie la plus superficielle de la peau une bride assez dure, paraissant profonde, et enserrant vigoureusement la jambe. On ne peut obtenir de glissement de cette bride sur les parties profondes.

La peau du bourrelet supérieur est exactement en contact avec la peau du bourrelet inférieur, et ce n'est qu'avec difficulté que l'on

FEUILLETON

NOTICE SUR LA VIE ET LES TRAVAUX DU PROFESSEUR BOUISSON (de Montpellier), lue à la Société de chirurgie par M. le docteur CHAUVEL, secrétaire général.

Qui de nous, aux récits enthousiastes des concours de professorat, ne s'est pris à regretter ces luttes mémorables, d'où les vaincus eux-mêmes ne sortaient qu'avec honneur ? Ces luttes, leur passé déjà lointain, nous les fait encore plus brillantes, et nous maudirions volontiers ceux qui, pour les faire renaître, n'ont pas voulu s'affranchir des pratiques d'un régime moins que libéral.

Si cependant nous nous reportons à trente-six ans en arrière, que de critiques, que de plaintes. Nature des épreuves, composition du jury, mode de scrutin, rien n'échappait au blâme, et, repoussant même le principe, quelques-uns réclamaient nettement un mode de nomination qui tînt un plus grand compte des travaux antérieurs et des titres acquis. Ainsi battu en brèche par une portion du corps médical, mal vu par un pouvoir autoritaire qu'effrayait toute discussion publique, le concours ne pouvait tarder à disparaître ; il fut supprimé en novembre 1851.

En cette année même, trois chaires étaient vacantes à la Faculté de Paris, et le concours pour la clinique chirurgicale s'ouvrait dans les premiers jours de février. Dix professeurs de l'Ecole : Velpeau, Bouillaud, Moreau, Denonvilliers, Laugier, Rostan, Malgaigne, Roux, Jules Cloquet et Gerdy ; cinq membres de l'Académie de médecine : Bégin, Réveillé-Parise, Gimelle, Hervez de Chégoin, baron Hippolyte Larrey, composaient le jury. Trois de ces juges : Roux, Gerdy, Cloquet, se retirèrent pendant les épreuves ; ils ne prirent pas part au vote définitif.

Devant cette élite des chirurgiens de l'époque, une pléiade d'hommes remarquables, déjà connus par leur enseignement, leurs travaux, leurs luttes, venait se disputer la victoire. J'y vois Michon, Robert, toujours vaincus, toujours au premier rang ; Jarjavay, Richet, Gosselin, dont l'avenir a réalisé le rêve ; j'y vois Giraldès, Voillemier, Chassaignac, qui ne devaient avoir d'autre amphithéâtre que leur service d'hôpital ; j'y trouve enfin Nélaton, chez lequel la sagacité, l'habileté de main, laissaient deviner le grand chirur-

peut, en écartant la peau, apercevoir avec netteté le sillon profond. La peau, au-dessus du sillon, présente ses caractères normaux; le membre, mesuré en différents points, est légèrement plus volumineux que celui du côté droit. La sensibilité est normale. La température est plus élevée de 4 à 5 dixièmes du côté malformé.

La peau, au-dessus du sillon, est œdématiée, de même que la peau de la région du pied; elle est très notablement plus froide et moins sensible.

La circonférence du membre malformé, au niveau des malléoles, est de.... 13 centimètres.
du côté sain..... 15 —

Les deux mains présentent des malformations intéressantes.

Main gauche.—Le pouce est normal. L'index est régulièrement conformé avec son ongle, mais il présente à la base un sillon assez profond, circulaire et régulier. Ce doigt ne paraît pas actuellement souffrir dans sa nutrition; il n'est pas œdématié. Il n'est pas froid, la circulation paraît se faire normalement.

Le médius, l'annulaire et l'auriculaire, sont en syndactylie; en écartant ces doigts, on aperçoit une membrane transparente peu épaisse les réunissant. La première phalange de l'index et de l'auriculaire sont atrophiées, sans ongles, à l'état rudimentaire; l'annulaire n'est constitué que par la troisième phalange, qui occupe l'espace formé par le médius et l'auriculaire irrégulièrement réunis à leur extrémité. Les autres parties de la main ne présentent pas d'anomalie. Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont normaux.

Main droite.—La main droite a une forme très irrégulière; le petit doigt est bien conformé. L'index présente un sillon absolument semblable à celui observé sur le même doigt de la main gauche; ce sillon est cependant plus éloigné de l'articulation métacarpo-phalangienne. *L'annulaire manque absolument, régulièrement amputé à sa racine.* Le pouce et le médius atrophiés sont réunis, sans ongles, les phalanges du pouce étant très réduites, ces deux doigts sont situés au-dessous de l'index.

Les autres parties de la main ne présentent pas d'anomalie.

De cette disposition, il résulte une excavation assez grande à la partie moyenne de la main, limitée en dehors par le petit doigt, en dedans par l'index et son sillon, et au-dessous de l'index par le médius et le pouce réunis.

Sachant que l'existence du sillon observé au membre inférieur gauche peut compromettre sa vitalité, notant que la sensibilité est très émoussée, que l'œdème est très considérable, que la température du membre est très abaissée et que ces phénomènes, au dire des parents, ont augmenté depuis la naissance, nous proposons l'excision du sillon constricteur de la jambe gauche.

Cette opération est pratiquée, après anesthésie, le 16 juin. A ce moment, l'enfant a 5 mois, et son état général est parfait. Notre ami Reclus veut bien nous assister.

La bande d'Esmarch modérément serrée étant appliquée, nous pratiquons deux incisions circulaires à 2 centimètres au-dessus et au dessous du sillon. Une incision perpendiculaire, placée à la partie externe du membre, réunit les deux incisions primitives. Nous détachons alors, avec une très grande facilité, une bandelette de peau de 3 cent. 1/2 qui contient la bride profonde; la dissection est un peu plus laborieuse à la partie interne du membre, ce sillon, ainsi que nous l'avons signalé, étant plus profond à ce niveau. L'aponévrose sous-jacente, très intimement adhérente à la peau, est déprimée; elle forme sillon, et nous avons soin de l'entamer et d'en enlever toutes les parties faisant sillon. Il n'y a pas d'hémorrhagie; pas de ligature nécessaire.

Le drainage est pratiqué avec du fil de Florence. Une dizaine de crins entourent le membre et sont fixés à la partie déclive et postérieure.

La surface de section supérieure s'adapte très exactement à la surface inférieure. Réunion au moyen de dix points de suture au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme, avec couche de ouate, exerçant une très légère constriction.

Les suites de l'opération furent extrêmement simples. L'enfant n'a jamais eu de fièvre, ni aucun autre accident. Au bout de six jours, la réunion est complète; nous enlevons les crins et le drainage. Au huitième jour, la cicatrisation est absolue.

L'examen de la bride enlevée, pratiqué par notre ami Suchard (du Collège de France), indique que l'épiderme n'a pas subi de modifications. Les lésions principales existent dans le tissu conjonctif sous-dermique. « Ce tissu conjonctif, nous dit Suchard, présentait la sclérose, que j'ai indiquée comme lésion dominante de cette affection en 1880, à la Société anatomique. »

Depuis l'opération, le pied a notablement diminué de volume; la chaleur est revenue. Malheureusement, l'enfant que nous aurions désiré présenter vient de succomber il y a quelques jours à des accidents de méningite.

Cette observation nous paraît intéressante par plusieurs points.

D'abord le succès opératoire de l'ablation complète du sillon constricteur, suivi du rétablissement des fonctions du segment de membre étranglé par ce sillon.

Ce cas réunit en outre toutes les particularités signalées dans les observations semblables, très rares il est vrai, par-

---

gien que nous avons connu, applaudi et regretté. Aussi brillamment représentée, l'Ecole de Paris semblait n'avoir pas à craindre une concurrence étrangère, et grande fut la surprise quand on vit un chirurgien de la province s'inscrire parmi les compétiteurs.

Quel était l'homme assez confiant en lui-même pour disputer aux agrégés de Paris cette chaire si ardemment convoitée; assez audacieux pour courir à un échec presque assuré d'avance? Sur quels titres, quels travaux, quels succès, s'appuyait sa folle entreprise? Ce candidat inattendu, bientôt concurrent redouté, était Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Fils d'un ex-militaire de l'empire, longtemps administrateur de sa commune, Etienne-Frédéric Bouisson naquit à Mauguio, près de Montpellier, le 14 juin 1813. Par sa mère, fille d'un médecin distingué, il appartenait à notre profession. Confié, tout jeune encore, à un oncle, grand industriel de Bordeaux, il fit dans cette ville toute son éducation.

L'institution Worms, alors très renommée, le compte parmi ses meilleurs élèves. Doué d'une intelligence supérieure et d'une grande facilité de travail, avide de s'instruire, il se signale par ces qualités littéraires que nous retrouvons si frappantes dans ses nombreux éloges, dans sa brillante étude sur la médecine et les poètes latins. Cependant, infidèle aux lettres qui le réclament, Bouisson vient, à 16 ans, s'asseoir sur les bancs de l'Ecole de Médecine, à Montpellier, son pays.

Là, sous la direction de maîtres éminents, de Dubrueil, de Dugès, pour l'anatomie; de Lallemand, de Delpech, pour la chirurgie, chacune de ses années se marque par un concours, chaque concours par un succès. Aide d'anatomie en 1831, chirurgien interne à l'Hôpital Général en 1832, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi en 1833, il est en 1834 chef des travaux anatomiques de la Faculté et docteur le 16 mai 1835. Sa thèse : « Fragments pour servir à l'histoire des altérations du cœur », se ressent de la hâte avec laquelle elle fut écrite. Nous lui préférons l'étude clinique de la maison des aliénés de Montpellier (1833) et le mémoire sur l'anatomie et la physiologie des annexes du fœtus (1834), publiés dans les années précédentes.

C'est que, jusqu'ici, le brillant lauréat n'a pas trouvé sa voie, et, dans son ardeur juvénile, il aspire à tout embrasser. Cependant, en 1836, il se tourne vers la chirurgie, et vainqueur au concours de l'agrégation, il inaugure ses leçons par un intéressant tableau

ticulièrement celles de Reclus, de Jeannel. On remarquera surtout la syndactylie supérieure, témoignant d'une véritable greffe intra-utérine des doigts; l'ectrodactylie, conséquence probable des sillons des doigts de la main, sillons que l'on retrouve du reste aux deux index.

Ce fait vient à l'appui de la théorie soutenue par Reclus, que les sillons congénitaux sont des lésions pathologiques du genre sclérodermie. Notre analyse histologique confirme absolument cette opinion. Les sillons des membres ou des doigts d'origine mécanique sont absolument exceptionnels, et cette théorie ne pourrait être soutenue pour notre cas particulier. Il ne nous paraît pas utile d'entrer dans une longue discussion sur ce point.

(*A suivre.*)

MÉDECINE CLINIQUE

De la méthode oxydante dans le traitement de la fièvre typhoïde. — Réponse aux objections et résultats cliniques, par M. Albert Robin.

Dans une récente communication faite à la Société de biologie, M. Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, adresse à mon travail trois objections auxquelles je crois devoir répondre.

Première objection. — *Il n'est pas établi que les oxydations sont diminuées dans la fièvre typhoïde.*

Or, voici les arguments que je produis à l'appui de mon affirmation :

A. Les termes ultimes des oxydations qui s'effectuent dans l'organisme sont l'urée et l'acide carbonique; or, ces deux produits subissent dans la période d'état de la fièvre typhoïde un abaissement relatif; il est donc permis d'en inférer que les oxydations sont diminuées.

B. Si la fièvre typhoïde augmente les oxydations, il est tout naturel d'admettre que leur augmentation sera proportionnelle à la gravité de la maladie : et c'est précisément le contraire qu'on observe, car plus la maladie est grave, plus l'on voit diminuer la quantité d'urée.

C. Si les oxydations étaient augmentées ou même normales, la majeure partie de l'azote désintégré devrait se retrouver dans l'urine sous sa forme d'oxydation la plus parfaite, c'est-à-dire sous forme d'urée, et l'on ne devrait retrouver qu'une très faible proportion d'azote éliminé, soit sous une forme d'oxydation incomplète, soit par un autre procédé que l'oxydation. Normalement, 85 % de l'azote désintégré sont éliminés sous forme d'urée et 15 % sous forme de divers extractifs.

Dans la fièvre typhoïde, au contraire, la proportion d'azote excrété sous forme d'urée tombe à 75 et même 72 %. Voici deux cas récents qui peuvent être pris comme types :

1° Femme, 20 ans. — Fièvre typhoïde moyenne.

11e jour.	72,1 0/0	T. M. 39	T. S. 39,8
16e jour.	78,2 0/0	T. M. 38,6	T. S. 38,8

2° Homme, 19 ans. — Fièvre typhoïde grave.

12e jour.	72,9 0/0	T. M. 39,4	T. S. 40,1
17e jour.	80 0/0	T. M. 38,8	T. S. 39,5

Dans ces deux cas, le coefficient d'oxydation azotée s'abaisse pendant la période d'état pour se relever et se rapprocher de la normale pendant la défervescence.

J'ai donc le droit d'admettre une diminution des oxydations quand je vois diminuer les produits de celles-ci et baisser le rapport qui existe normalement dans les éliminations entre les produits complètement oxydés et ceux qui, suivant la théorie adoptée, proviennent de dédoublements et d'hydrations ou d'oxydations imparfaites.

Deuxième objection. — J'avoue avoir mal saisi la seconde objection de M. Leduc. Il combat une proposition que j'ai émise dans les termes suivants : « Toutes proportions gardées, la part qui revient aux oxydations dans la calorification fébrile doit être réduite...... »

Or, M. Leduc commence par établir que la quantité de chaleur servant à la calorification n'est nullement proportionnelle aux oxydations, ce en quoi nous sommes tout à fait d'accord; puis il conclut plus loin qu'il n'est pas surprenant que chez le typhique les oxydations soient réduites, c'est-à-dire qu'il admet donc la proposition qu'il combattait tout à l'heure; enfin, qu'on ne saurait déduire de ses recherches que la part qui revient aux oxydations dans la calorification fébrile doit être réduite !

A cette argumentation un peu confuse et qu'aucune expérience personnelle ne vient appuyer, je répondrai simplement

des progrès de l'anatomie à l'Ecole de Montpellier. Mais le repos lui pèse, et comme le dit clairement l'épigraphe de sa thèse : *In diebus juventutis meæ*, à cet agrégé de 23 ans, il tarde de faire ses preuves sur un plus grand théâtre. Ce théâtre, la Faculté de Strasbourg va le lui offrir. Vacante par la mort de Lauth, la chaire de physiologie est mise au concours en juin 1837. Bouisson, appelé par son ami Boyer, la dispute à Poujol, à Broc, à Rameaux; il charme son auditoire par sa parole éloquente, il l'entraîne par son enthousiasme, et jetant par dessus bord le vitalisme abstrait de Barthez et de Lordat, ses maîtres, il conquiert, en se rangeant sous la bannière du vitalisme organique de Bichat et de Chaussier, les suffrages d'un jury qui comptait dans son sein Coze, Ehrmann, Bégin et Forget. A l'âge où ses amis sont encore sur les bancs, il enseigne la plus belle peut-être de toutes les sciences, mais aussi la plus obscure et la plus difficile, la science de la vie.

Au moins son ambition est-elle satisfaite? La physiologie qui l'avait attiré semble ne l'avoir jamais conquis, et ses discours sur la certitude et sur l'avenir de cette science, leçons d'ouverture d'un enseignement magistral, ne sont que des hommages, non des contributions. Sa santé souffrait du climat rigoureux de l'Alsace; la froideur du génie local s'accordait mal, sans doute, avec son tempérament du midi. Peut-être, au fond du cœur, regrettait-il ce lointain exil et le soleil plus chaud de son pays natal; peut-être le souvenir de ses premiers triomphes et de douces amitiés, de chaudes sympathies, le rappelaient vers la Faculté maternelle. Une chaire de pathologie externe étant devenue vacante à Montpellier, en 1839, par la mort de Dugès, Bouisson sollicite du Ministre l'autorisation de prendre part à ce nouveau concours. M. de Salvandy, qui connaît sa valeur, lui offre de permuter. Il refuse, et pour que sa situation officielle ne lui soit pas un obstacle, il donne sa démission. Inutile de dire qu'elle n'est pas acceptée, et que le Grand-Maître de l'Université lui laisse toute liberté d'action.

Dix compétiteurs entraient avec lui dans l'arène. Si tous n'ont pas laissé leur trace dans la science, quelques-uns, du moins, Jaumes, Chrestien, Alquié, se sont fait connaître par de remarquables travaux. Les autres, noms ignorés de nous tous. Et cependant, ces hommes, inconnus maintenant, ont un jour brigué la situation médicale la plus haute : une chaire de Faculté. Si le succès avait couronné leurs efforts, ils se seraient sans doute montrés à la hauteur de leur tâche. Mais pour se préparer à la lutte, pour

que l'oxydation n'est pas le seul procédé par lequel se désintègrent les albuminoïdes de l'organisme, que l'hydratation et le dédoublement sont aussi des agents de cette désintégration, et que personne ne songe à nier que ces actes soient générateurs de la chaleur.

TROISIÈME OBJECTION. — Jusqu'ici, nous restons sur le terrain théorique ou tout au moins sur une question d'interprétation d'expériences. Mais voilà que M. Leduc m'entraîne dans la pratique par un argument d'autant plus facile à rétorquer qu'il constitue un simple *a priori*. Il dit, en effet : « Si, comme il est encore très probable, la calorification fébrile a pour source de chaleur les oxydations organiques, en favorisant ces oxydations, comme le propose M. Albert Robin, on s'expose à voir les manifestations et les accidents de la fièvre s'accentuer. »

Aussi bien, mon honorable contradicteur a-t-il jugé sans avoir entre les mains les pièces du procès ; sans cela, il n'eût pas émis une assertion aussi grave, et qui ne tendrait à rien moins qu'à accuser ma méthode d'exagérer, d'aggraver peut-être la maladie et les accidents qu'elle veut combattre. Et comme je ne puis la laisser passer sans aucun prétexte, c'est avec des chiffres que je la confondrai.

Il s'agit d'abord de prouver que *ma médication a eu pour résultat d'augmenter les oxydations*, puis de montrer quelle en a été la *résultante clinique*.

A. Les oxydations ont été augmentées :

1° Puisque, à une proportion moindre de matériaux solides éliminés, correspond une plus grande quantité d'urée.

	Fièvre typhoïde moyenne.		Fièvre typhoïde grave.	
	Traitem. class.	Méth. oxyd.	Traitem. class.	Méth. oxyd.
Mat. sol.	52.30	45.05	50.00	49.67
Urée.	25	27.27	23.70	28.60
Rapport.	47.08	60.5	47.4	57.5

2° Parce que l'urée s'élève aussitôt que le traitement est institué dans toute sa teneur, comme le prouvent les deux exemples ci-dessous :

A.— H..., 19 ans, fièvre typhoïde (thoraco-ataxique), entré le neuvième jour ; mis en observation pendant les dixième et onzième jours. Avec une température moyenne de 40°, il élimine : urée, 26 grammes.

On commence le traitement, et les chiffres se modifient ainsi qu'il suit :

13e jour,	urée.	31.62
16e	—	—	30 03
19e	—	—	32 35

B.— H..., 19 ans, entré le sixième jour.— La moyenne des deux premiers jours, avant tout traitement, donne :

Urée, 28.16 T. M., 40 T. S., 40.1

On commence le traitement le huitième jour, et l'on obtient les résultats ci-dessous :

	Urée.	T. M.	T. S.
9e jour.	33.46	39.7	39.9
10e —	39.03	39 1	40.0
12e —	41.58	39.1	39.8
13e —	38 17	39.2	39.4
15e —	41.42	39.1	39.4
17e —	33.80	38.7	39.1
18e —	45.14	38.5	39.3
20e —	27.87	38.3	39.5
21e —	29.20	38.5	39.0
24e —	22.57	37.1	38.0
25e —	16.60	37.2	37.7

Pour bien saisir la valeur des chiffres qui précèdent, il importe de les grouper par moyennes et de les comparer aux périodes thermiques de la maladie.

Avant le traitement, avec une température moyenne de 40°, le malade éliminait 28 gr. 16 d'urée. Or, la période de l'action thérapeutique peut se diviser en deux parties : l'une, dans laquelle les températures oscillent de 39 à 40 ; l'autre, où celles-ci varient de 38 à 39 ou 39,5 ; enfin la chute de la température au-dessous de 38° constitue une quatrième période. Voici les moyennes de l'urée et des matériaux solides à ces quatre périodes :

	1° Pas de traitement.	28.16
Période d'action thérapeutique.	2° T. de 39 à 40.0	38.73
	3° T. de 38 à 39.5	34.00
	4° Chute de la température.	19.58

3° Parceque le coefficient d'oxydation azotée s'élève pendant l'application du traitement.

Trois cas récents m'ont donné les moyennes suivantes : Avant le traitement, 75,9 0/0. — Pendant le traitement, 79,7 0/0.

---

acquérir le talent de parole, la clarté, le brillant d'exposition, que d'années écoulées, je n'ose dire perdues, dont la postérité n'a pas souci.

Bien qu'il en soit, Bouisson, une fois encore, sortit vainqueur du combat ; il fut nommé à l'unanimité. Sa thèse, « Parallèle entre la pathologie chirurgicale des Ecoles françaises et la pathologie chirurgicale des Ecoles étrangères », témoigne d'une érudition peu commune ; mais, ainsi qu'il le dit lui même : un jugement sur de tels sujets ne peut être qu'individuel ; l'un travaille d'un côté, l'autre travaille de l'autre, et chacun concourt pour une certaine part au progrès de la chirurgie.

Bouisson rentre dans la chirurgie par l'éloge de son prédécesseur Dugès, morceau délicat, où la forme toujours séduisante l'emporte parfois sur le fond, où abondent les aperçus ingénieux, les idées justes, les généralisations audacieuses ; hommage éloquent à la mémoire d'un homme mort à quarante ans, sans avoir pu donner tout ce que promettaient ses nombreux et importants travaux. En quelques années, le jeune professeur publie : *Discours sur les qualités du chirurgien* (1840) ; *Etudes chirurgicales sur Hunter et Desault* (1842) ; *De la bile, de ses variétés et de ses altérations* (1843) ; *Etude sur le chyle* (1844) ; *De la lymphe et de ses altérations pathologiques* (1845). Ces derniers travaux, œuvres d'un physiologiste et d'un médecin, plus que d'un chirurgien, sont une réaction contre le solidisme trop exclusif de l'Ecole de Paris, et un retour vers un humorisme rationnel. Ils ne renferment que peu de vues originales, et depuis des années n'offrent plus qu'un intérêt historique.

Qui nous vaut des succès ? D'où viennent nos revers ? Question difficile, que de récentes découvertes ont singulièrement éclairée, mais que toujours chacun de nous résout à son avantage, au mieux de sa conscience et de ses convictions scientifiques. En 1844, le problème était plus délicat, et rejeter avec Bouisson les opérations nouvelles alors et audacieuses, augmente la proportion des succès sans rendre compte des échecs. Laisser mourir sans opération, innocente le chirurgien, la science n'en est pas compromise ; mais le patient, que devient-il ? Nous l'aimons mieux quand il plaisante la simplification outrée de Mayor, critique avec verve ceux qui ne confessent leurs erreurs que pour en tirer mérite ; quand il s'élève avec vigueur contre l'industrialisme médical, plaie toujours béante que l'association elle-même semble impuissante à fermer.

Ces trois ordres de preuves me permettent d'affirmer que le traitement appliqué aux malades que j'ai eu à soigner a réellement augmenté les oxydations.

B. J'en viens maintenant aux résultantes cliniques; elles sont à ce point décisives qu'elles réduisent à néant les craintes théoriquement formulées par mon contradicteur. Je laisse la parole aux chiffres :

Malades traités.	307
Morts.	30
Mortalité.	9.7 0/0

Il s'agit ici d'une statistique hospitalière portant sur quatre années. Cette statistique est brute, c'est-à-dire qu'il n'a été défalqué aucun cas de mort, pas plus celui du malade mort trente-six heures après son entrée que celui du tuberculeux mort pendant la convalescence de sa fièvre typhoïde.

2° Ces 307 malades se décomposent ainsi :

Formes graves.	139
— moyennes.	128
— bénignes...	40

Défalcation faite des cas bénins, la mortalité est de 11,2 0/0; rapportée aux cas graves seulement, elle est de 21,5 0/0, et l'on sait que la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde oscille de 18 à 19 0/0. Par conséquent, ma mortalité sur les cas graves seulement dépasse à peine la mortalité de la maladie, tous les cas étant pris en bloc.

Voilà pour la mortalité; je passe maintenant à cette prétendue aggravation des accidents et manifestations qui fait pousser à M. Leduc son cri d'alarme.

A. *Température.*—Défervescence brusque dans 25 0/0 des cas. Dans la plupart des autres, déformation des courbes habituelles, qui sont remplacées par un mouvement lent et continu de défervescence.

B. *Hémorrhagies intestinales.*—Observées dans 4,88 0/0 des cas, n'ayant entraîné la mort que dans 0,9 0/0. Moyenne classique, 5 à 6 0/0 des cas; mortalité dans 50 0/0 des cas, tandis que dans ma statistique les hémorrhagies n'ont fourni que 20 0/0 de décès.

C. *Perforations.* — Un seul cas, soit 0,32 0/0.

D. *Broncho-pneumonie.* — 13 cas de mort, soit 4,2 0/0.

Pneumonie. — 2 cas de mort, soit 0,66 0/0.

E. *Mort subite.* — Néant.

F. *Proportion des rechutes.* — 6,49 0/0 des cas de guérison, au lieu de 8 à 9 %.

G. Sur cinq *femmes grosses*, aucune mort, deux *avortements*.

H. *Durée de la période fébrile.* — Cas moyens, 20 jours, 6; cas graves, 29e jour, 9.

Début de la défervescence. — Cas moyens, 16e jour; cas graves, 22e jour.

La clinique confirme donc en dernier ressort les faits de chimie et de physiologie pathologiques sur lesquels est basé le traitement que j'ai fait suivre à mes malades, et j'espère qu'après avoir pris une plus ample connaissance des faits, il ne restera plus dans l'esprit de mon honorable contradicteur de doutes sur la valeur pratique des faits que j'ai tenté de mettre en lumière.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

DE LA NÉCESSITÉ D'ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC EXPÉRIMENTAL DE LA RAGE.

L'examen des divers tableaux statistiques relatifs aux résultats obtenus par la vaccination antirabique à l'Institut Pasteur fait regretter que l'on n'ait pas différencié « les personnes mordues par un animal dont la rage a été démontrée expérimentalement de celles qui ont été mordues par un animal dont la rage a été simplement reconnue par un médecin vétérinaire. Si l'on exige pour le diagnostic de la rage chez l'homme la démonstration expérimentale, continuerai-je avec M. de Ranse, à qui j'emprunte du reste ces réflexions, on ne saurait être moins sévère pour le diagnostic de la rage chez les animaux (1). »

Le bien fondé de ce qui précède me semble découler du simple fait que voici :

En 1881, un de mes amis, M. P..., officier d'artillerie à Miliana (Algérie), adoptait un chien errant, sans race, qui depuis quelques jours s'était attaché à lui. L'emmenant à la prome-

(1) On a vu, dans le précédent numéro, que le désideratum sur lequel insiste avec raison M. Amat a reçu satisfaction de la part de M. Grancher et de ses collaborateurs. Ceci d'ailleurs n'enlève rien à l'intérêt du fait rapporté par notre confrère. F. DE R.

Appelé à l'Institut, Lallemand quitte, en 1845, la chaire de clinique chirurgicale qu'il occupait si brillamment à Montpellier depuis nombre d'années; Bouisson brigue la place, et la Faculté demande en sa faveur une permutation aussitôt accordée. Le jeune professeur de clinique, il n'avait alors que trente-deux ans, inaugure sa prise de possession par une série de mémoires et d'articles dont nous citerons seulement : *Introduction à l'étude de la clinique chirurgicale* (1845); *De l'extraction des phalanges nécrosées, substituée à l'amputation des doigts*; *Sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes* (1846); *De l'éthérisation dans ses rapports avec la médecine légale*; *Des larmes sous les rapports physiologique et pathologique* (1847).

Malgré les nécessités de l'enseignement, malgré les exigences d'une clientèle qui s'étend chaque jour, malgré sa coopération active aux travaux de toutes les Sociétés savantes de Montpellier, Bouisson ne cesse de produire. Il publie en 1847 : *Etude sur la chéiloplastie*; *Parallèle de l'éthérisation et de la chloroformisation*; *De la lithotritie par les voies accidentelles*, en 1850, un *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, bientôt récompensé par l'Académie des sciences.

Aux travaux de Lach et Chambert, sur l'éther sulfurique, de Sédillot sur le chloroforme, aux observations cliniques de Simonin; à la thèse de Courty, succédait une Etude complète, approfondie, de cette question toujours discutée.

Des conclusions du clinicien de Montpellier, la plupart sont encore acceptées. Ether et chloroforme se partagent toujours les suffrages, et si l'Ecole de Lyon a conservé sa prédilection pour le premier de ces anesthésiques, le second reste presque exclusivement employé dans les hôpitaux de Paris et dans les hôpitaux de notre armée. Bouisson, plus éclectique, réserve l'éthérisation pour les sujets nerveux, débilités, pour les opérations longues et graves, pour les périodes extrêmes de la vie. Elève de Sédillot, j'ai conservé de mes années d'internat une confiance absolue dans le chloroforme, et sans dire, avec mon illustre et vénéré maître, que, pur et bien administré, le chloroforme ne tue jamais, sans nier ses inconvénients et ses dangers, je ne me sens pas disposé à l'abandonner pour une substance moins fidèle encore et non moins redoutable.

(A suivre).

nade, au restaurant, au cercle, l'ayant, en un mot, toujours à ses côtés, l'animal, d'un caractère très enjoué, s'en donnait à cœur joie de folâtrer et de faire l'intéressant, à la condition toutefois de ne pas être approché par ses pareils qu'il roulait et mordait, trait caractéristique lui ayant rapidement valu la réputation de rageur et de peu tolérant. Certains propriétaires de chiens commençaient même à se plaindre lorsque je rencontrai M. P... Il venait, lui aussi, d'être mordu quatre heures auparavant, me dit-il *incidemment*, pour avoir retiré trop brusquement la main de la gueule de son animal en train de jouer.

Bien que l'aspect de ce dernier n'eût rien de particulièrement menaçant, que, d'une mine éveillée, il eût plutôt l'air de rechercher une caresse que de vouloir mordre, j'engageai prudemment M. P... à ne pas négliger ses petites blessures et les lui scarifiai sur-le-champ pour les lotionner à l'eau phéniquée. J'eus soin de lui cacher tout ce que cet accident de minime apparence m'inspirait de craintes et d'inquiétudes. Si le chien était enragé, les cautérisations arrivaient trop tardives; si le chien n'était pas enragé, il devenait inhumain de faire naître un horrible trouble moral en condamnant le patient aux plus cruelles atteintes. Tout bien pesé, je résolus d'attendre les événements.

De propos en propos, M. P... laissa abattre son chien, et M. A..., vétérinaire distingué, mais non habitué à notre réserve professionnelle, ayant trouvé l'estomac de l'animal rempli de débris variés, se hâta de conclure à la rage. Son premier mouvement fut même d'aller trouver notre ami commun M. P... pour lui annoncer brutalement la mauvaise nouvelle et le cautériser au fer rouge.

C'était un vrai désastre ! Outre que cette application de feu arrivait au moins six heures après l'accident, je voyais M. P... en proie à tous les tourments moraux que j'avais surtout cherché à lui éviter. Je ne pus m'empêcher de faire remarquer à M. A... combien sa façon d'agir avait été imprudente, combien il eût mieux valu garder le silence, d'autant que la certitude absolue faisait défaut, puisqu'elle ne pouvait être obtenue à cette époque que par la mort de l'animal mis à l'attache.

Il y eut, on le conçoit, une hécatombe de chiens. Mais avant, pendant comme après cet événement, on n'entendit jamais parler de cas de rage soit à Miliana, soit dans les environs. J'abrégerai mon récit en disant que deux levriers mordus par l'animal incriminé furent enfermés et non sacrifiés par leur maître sans que rien leur survînt; quant à M. P..., il n'a cessé de jouir de la santé la plus parfaite, et je ne suis pas assez présomptueux pour croire qu'il a été préservé de la rage soit par les cautérisations pratiquées trop tard, soit par la médication phéniquée *intus et extra* que je lui ai fait suivre un mois durant.

Le chien était-il enragé ? C'est probable, mais non certain.

CH. AMAT.

P. S. — Puisque tout ce qui a trait à cette affection trouve à l'heure actuelle un regain d'actualité, je ne puis m'empêcher de faire appel à mes souvenirs pour signaler une mort consécutive à plusieurs morsures faites par une *hyène* enragée. Cet animal, après s'être acharné à deux ou trois bœufs que l'on dût abattre, vint fondre sur un Arabe qui, deux ou trois semaines après environ, mourut de rage à l'hôpital militaire de Miliana vers 1878.

J'aurais voulu donner des détails complets sur ce cas particulier; malheureusement, il a été impossible de retrouver le registre d'observations où en 1880 je lisais la relation de ce fait. Ce qui est resté dans ma mémoire, c'est, en dehors du genre de l'animal qui avait communiqué le mal, la multiplicité et la profondeur des blessures, la rapidité avec laquelle les accidents rabiques se déclarèrent.

CH. A.

REVUE SPÉCIALE

SYPHILIGRAPHIE

I. La syphilis offre, dans l'étude de sa symptomatologie, des différences remarquables quant à l'intensité, à la durée et à l'ordre chronologique de ses accidents. En d'autres termes, elle peut être une affection bénigne, à symptômes atténués, ou bien une maladie grave, très grave et souvent mortelle.

Ces différences dépendent surtout, d'après M. A.-E. Bourdin (1), des états morbides sur lesquels vient se greffer la syphilis. Ces facteurs de gravité de la syphilis seraient : 1º L'alcoolisme; 2º la misère physiologique sous toutes ses formes; 3º l'absence ou l'insuffisance de traitement, surtout dans la première période de la diathèse; 4º l'âge trop jeune ou trop avancé du sujet qui en est atteint; 5º la présence de certains états diathésiques, parmi lesquels il faut placer en première ligne la scrofulo-tuberculose; 6º la grossesse; 7º l'impaludisme.

M. Bourdin conclut son étude intéressante en disant : que chaque fois qu'un sujet atteint de l'une des affections précitées sera frappé de syphilis, cette dernière aura, dans la grande majorité des cas, un cachet particulier de gravité, une allure rapide et sera souvent rebelle au traitement spécifique; que toutes les fois qu'un individu atteint de syphilis maligne se présentera, on devra rechercher quel est le facteur de gravité dont cette malignité dépend. Ce facteur, on le trouvera généralement dans les causes énumérées ci-dessus. Malgré l'examen le plus minutieux, ajoute enfin l'auteur, on observe cependant certaines syphilis malignes dont le facteur de gravité nous échappe encore.

II. M. Auguste Bidon a consacré sa thèse à l'étude du *syphilome hypertrophique diffus* (2). Il appelle ainsi l'infiltration des tissus que produit quelquefois la syphilis à la période tertiaire. Cette lésion, quand elle siège à la face, peut s'y trouver généralisée ou n'envahir qu'un seul organe (nez, paupières, oreilles, lèvres). La cavité buccale est parfois atteinte séparément ou en même temps que la face. D'autres fois, ce sont les organes génitaux, aussi bien chez l'homme que chez la femme, qui sont le siège de l'affection. Enfin, le rectum peut être envahi par l'infiltration. Cette lésion, méconnue habituellement au debut, dégénère en une production fibreuse qui se rétracte, et aboutit à un rétrécissement. Le syphilome hypertrophique diffus est naturellement justiciable du traitement spécifique (pilules de proto-iodure, iodure de potassium à haute dose).

III. A défaut d'un mérite original bien net, puisqu'elle ne s'appuie que sur une seule observation personnelle, la thèse de M. Edouard Romalo (3) offre du moins l'avantage de pré-

(1) *Contribution à l'étude des principaux facteurs de gravité dans la syphilis.* — Thèse de Paris, 1885. Librairie Ollier-Henry.
(2) Th. de Paris, 1886. — Henri Jouve.
(3) Paris. Ollier-Henry, 1885.

senter sous un très petit volume un résumé de l'histoire des syphilides pigmentaires dont le professeur Hardy, les docteurs Pillon, V. Tanturri, puis le professeur Fournier, les docteurs Jullien, Taylor, Gamberini, Fox, Schwimmer, Neisser (de Breslau) et enfin Barthélemy et Balzer, ont fini par établir l'existence, jusqu'ici niée par quelques auteurs.

M. Romalo conclut de son étude, que la syphilide pigmentaire du cou est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Chez l'homme, elle semblerait se développer surtout sur les sujets à tempérament lymphatique, à peau fine et transparente, ou sur ceux que l'infection générale a particulièrement débilités. La syphilide pigmentaire du cou est primitive; elle n'est pas liée à l'existence sur cette région d'éruptions antérieures roséoliques ou autres. Elle peut être dans certains cas le seul signe qui permette de diagnostiquer sûrement une syphilis ignorée ou niée. Le traitement spécifique est sans action sur la syphilide pigmentaire.

IV. M. Marius Quédillac apporte huit observations (dont deux lui sont personnelles, cinq sont empruntées au service de M. Martineau, et la huitième est due à M. Barthélemy) pour démontrer qu'il existe un ictère syphilitique survenant à la période secondaire (1). Cliniquement, cet ictère présente des symptômes propres qui le différencient de l'ictère catarrhal ordinaire; ainsi il peut donner lieu à une colique hépatique fruste, et cela probablement par accumulation dans les conduits biliaires de petits déchets épithéliaux desquamés. Cet ictère syphilitique secondaire peut se rencontrer dans le cours de la syphilis héréditaire. Il se modifie facilement sous l'influence du traitement hydrargyrique et récidive fréquemment si on suspend trop tôt l'usage du mercure. Le diagnostic est important à établir; car de lui découle la véritable, la seule thérapeutique à opposer à l'affection en cause. D'un pronostic ordinairement bénin, cet ictère tend à la chronicité, et on peut se demander si, n'étant pas traité par les spécifiques, il ne serait pas capable d'amener à la longue des altérations profondes du parenchyme hépatique. Sa cause immédiate paraît tenir à l'altération spéciale que la syphilis fait subir au sang; cet ictère spécial peut être assimilé à l'albuminurie spécifique secondaire et ne porter que sur les cellules; c'est une lésion catarrhale dont la fréquence est plus grande dans les pays chauds. Le traitement rationnel est celui des accidents syphilitiques secondaires. On doit donner du mercure en même temps qu'on mettra en usage, à titre d'adjuvants, les moyens habituellement employés pour lutter contre l'ictère en général.

V. M. Albert Sacreste (2) rapporte 24 observations, dont 18 montreraient qu'il existe souvent chez les nouvelles accouchées en puissance de syphilis une moyenne de température plus élevée qu'à l'état normal. Ce que l'on pourrait dénommer hyperthermie syphilitique *post partum* est d'une intensité moyenne, ne dépassant pas 38 ou 39°, d'une innocuité complète et d'une durée moyenne de 7 ou 8 jours. Cependant cette durée est manifestement influencée par l'âge de la syphilis et l'absence de traitement; les syphilis maternelles anciennes (peu ou mal traitées surtout), produisent une hyperthermie de plus longue durée. M. Sacreste dit avoir vu des accouchées syphilitiques depuis 3 ans et demi, 5 ans, 7 ans, chez lesquelles la durée de l'hyperthermie a atteint 10, 12 et 14 jours.

M. Sacreste pense que la connaissance de cette hyperthermie syphilitique a, dans certains cas, une utilité pratique : elle peut être une présomption en faveur de la diathèse, elle peut servir parfois à expliquer une température élevée sans cause apparente, et permettre à l'accoucheur de porter un favorable et rassurant pronostic.

(1) Th. de Paris, 1885. — A. Parent.
(2) Paris, 1885. — Ollier-Henry.

VI. M. Mougenc de Saint-Avid a consacré sa thèse (1) à l'étude du chancre mou infectant de l'utérus et de ses rapports avec le chancre mou du vagin. Il rapporte six observations dont deux personnelles. D'après l'auteur, le chancre mou de l'utérus est une affection assez rare, mais qui se montre plus souvent qu'on ne l'indique généralement. Il peut siéger sur le col ou dans la cavité utérine et affecte trois formes : la forme folliculaire, la forme diphthéroïde, la forme ulcéreuse; l'inoculation est le seul moyen de diagnostiquer avec certitude le chancre intra-utérin; le chancre simple de l'utérus peut s'accompagner de lymphangite, d'adéno-lymphite rétro-utérine et de pelvipéritonite. Il ne prend que très exceptionnellement la forme phagédénique; la coexistence du chancre utérin et du chancre vaginal serait chose fréquente, et, dans l'immense majorité des cas, c'est le chancre du col qui est le premier en date, le chancre vaginal n'étant que le résultat d'une auto-inoculation.

VII. M. Paul Jannot a réuni (au nombre de 34) les observations les plus intéressantes d'opérations chirurgicales chez les syphilitiques (2). Il les a divisées en trois catégories : une première renfermant trois cas où la diathèse a été éveillée par la simple application de topiques ou par de faibles lésions de la peau ; la seconde comprenant six observations où des gommes, ayant été incisées, ont servi de points d'appel aux manifestations; enfin, dans une troisième catégorie, se trouvent citées 25 opérations chirurgicales proprement dites qui ont donné lieu au réveil de la diathèse.

De son étude, M. Jannot conclut qu'il faut, avant d'opérer un syphilitique : 1° attendre pendant un certain temps (six mois au moins, dit M. Verneuil) que les accidents syphilitiques aient disparu; 2° faire avec soin un traitement préventif dont la durée sera d'autant plus grande que la syphilis sera plus grave et que les accidents se rapprocheront davantage des périodes secondaire et tertiaire *in actu* et de la forme ulcéreuse. Si, malgré l'imminence et la gravité de la syphilis, l'opération est urgente, on cherchera à éviter les suites par un traitement préventif mixte, dont les éléments principaux seront les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à hautes doses.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

I. CONDUITE A TENIR DANS L'AVORTEMENT. — II. INFLUENCE DE LA QUANTITÉ DE LIQUIDE AMNIOTIQUE ET DE LA LONGUEUR DU CORDON OMBILICAL SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS, par le docteur N. MAGGIA

I. Voici la pratique de la clinique de Florence :

1° *Expectation.* — Toutes les fois que le col de l'utérus est

(1) Paris, 1886. A. Parent.
(2) Th. de Paris, 1885. Ollier-Henry.

fermé ou difficilement perméable et qu'il n'y a aucun signe de putréfaction de l'œuf, irrigation intra-utérine avec la solution de bichlorure de mercure (1/2 0/00) pratiquée avec la sonde métallique ordinaire à double courant. En cas d'hémorrhagie, irrigation intra-utérine avec solution chaude à 40° de hichlorure et tamponnement vaginal.

2° *Extraction* (manuelle ou instrumentale, avec pince ou curette) des résidus ovulaires ou du placenta dans les cas favorables, quand le col est dilatable ou que l'orifice est déjà dilaté. Avec l'extraction, peu difficile dans ces circonstances, on évite les dangers de l'hémorrhagie ou de la putréfaction de l'œuf dans l'utérus, ou on les conjure si déjà ces accidents sont apparus.

3° *Extraction rapide de nécessité* quand il y a putréfaction de l'œuf ou putréfaction et septicémie, quel que soit l'état du col. Si le col est dilatable ou, mieux encore, si l'orifice utérin est plus ou moins largement dilaté, extraction manuelle ou instrumentale suivant les règles ordinaires; si le col est fermé, le dilater par les moyens appropriés; la technique proposée par M. Doléris peut trouver ici son application la plus convenable.

II. L'auteur constate que les fœtus à terme présentent une grande différence de développement; tel fœtus à terme a un petit volume et un petit poids; tel autre, non à terme, est volumineux et quelquefois d'un poids considérable. Pour décider qu'un fœtus est à terme, il est nécessaire de considérer le poids, le volume, l'ossification, le point d'insertion du cordon ombilical et de considérer ces divers facteurs réunis et non isolément.

Le volume, qui est en général en rapport avec la longueur, oscille entre 446 m.m. et 530 m.m.; le poids entre 2,515 gr. et 5,040 gr. Quelle est la cause de cette différence? L'auteur pense que les causes sont multiples et accepte, ou plutôt ne nie pas, les causes indiquées jusqu'à ce jour, comme la constitution et l'état de santé du système nerveux de la mère, de sa taille; les mêmes conditions du côté du pere; les lois d'atavisme, la qualité des germes, le nombre des accouchements, la durée des hémorrhagies menstruelles, la précocité ou l'époque tardive de l'apparition des règles. Si, une à une, toutes ces causes peuvent être infirmées, réunies elles ont une certaine valeur. A toutes ces causes, l'auteur en ajoute une nouvelle et étudie l'influence exercée sur le developpement du fœtus par la quantité de liquide amniotique et la longueur du cordon ombilical. Dans deux autres mémoires, l'auteur s'est occupé de calorimétrie et de thermogénie utérine. Le fœtus ne produit pas une chaleur suffisante en rapport avec son développement propre; le fœtus prend la chaleur nécessaire à l'organe incubateur, à l'utérus. Le liquide amniotique absorbe la chaleur, et c'est le sang qui se rend du placenta au fœtus qui cède cette chaleur. Plus le liquide sera abondant, plus la longueur du cordon sera grande et plus la déperdition de chaleur sera prononcée; le fœtus se trouvera ainsi privé d'un élément essentiel de développement.

(*Anali universali ostetricia*, décembre 1886.) M. R.

BIBLIOGRAPHIE

I. Les cimetières depuis la fondation de la monarchie française jusqu'a nos jours. Histoire et législation, par le Dr Gannal, 3e et 4e fasc., in-8, p. 74 à 308, Paris, Mazard. — II. La population européenne en Algérie pendant l'année 1885. Étude statistique publiée avec l'approbation de M. Tirman, gouverneur général, par M. le Dr René Ricoux, chef des travaux de la statistique démographique et médicale de l'Algérie. In-8, p. 31-xiii, Philippeville, imprimerie Feuille, 1886. — III. Les deux médecines dans les campagnes du sud-ouest. — *Description de la boîte de secours pour les premiers soins à l'homme et aux animaux*, par J.-M. Delsol, vétérinaire, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité. In-12, 20 p., Mirande, impr. Labeyrie, 1884. — IV. Mémoire sur les trépanations préhistoriques, par M. de Nadaillac. In-8, 16 p., Paris, impr. nationale, 1886.

I. Les troisième et quatrième fascicules de l'ouvrage de M. Gannal sur les cimetières, dont nous avons déjà parlé, terminent le premier volume. Ils contiennent: les projets de réforme, les protestations au sujet de la nécessité de transférer les cimetières hors des villes et d'interdire les inhumations dans les églises; des considérations générales sur les divers modes d'inhumation usités avant la révolution, et un grand nombre de pièces justicatives: arrêts du parlement, règlements de police, mémoires pour des projets de cimetière, documents relatifs à la suppression des charniers, etc. L'auteur a donné un bon aperçu historique des anciens modes d'inhumation; il rappelle quelques-uns des détails peu connus du cérémonial dans les églises et dans les cimetières qui les entouraient, et un grand nombre de pièces officielles sont citées et commentées tout le long de l'ouvrage. Nous souhaitons vivement l'apparition du deuxième volume.

II. M. Delsol, vétérinaire, membre du Conseil d'hygiène de Mirande, a été frappé des progrès du charlatanisme dans la région où l'appellent ses fonctions et sa profession, et entr'autres moyens qu'il propose pour arriver à la suppression des médicastres, j'ai noté ce qu'il appelle la pharmacie rurale ou boîte de secours. Dans beaucoup de circonstances, en cas d'accident et d'invasion d'une maladie quelconque, l'on a recours à l'empirique parce que le médecin fait défaut. Un grand nombre de localités en sont dépourvues, et il faut aller bien loin pour en trouver un; encore souvent est-il absent. L'auteur voudrait voir populariser par l'enseignement scolaire, par la publicité à l'aide de brochures spéciales, l'indication des premiers secours à donner d'urgence, en attendant le médecin, ou du vétérinaire s'il s'agit d'un animal. Des boîtes de secours, s'il s'agit d'un malade homme, seraient disposées dans les mairies, les fermes importantes, etc., et elles se trouveraient ainsi à la disposition des personnes instruites, aussi bien qu'elles pourraient servir aux hommes de l'art. L'idée est à retenir. Plus d'un médecin s'est trouvé, comme nous, en voyage, loin de tout centre de population, en présence d'un accident grave et fort embarrassé pour trouver les objets les plus simples et les plus indispensables.

III. M. le docteur Ricoux publie chaque année un travail fort bien fait sur la population européenne en Algérie, comprenant les mariages, par nationalité, par croisement, par âge, leur fécondité; les naissances par nationalité, par sexe, par état civil (légitimes ou non légitimes), par lieu, les naissances multiples; les décès, divisés de même en catégorie, etc. Les conclusions de son dernier rapport relatif à l'année 1885 méritent d'être signalées. En voici quelques-unes: « Les naissances de sexe féminin sont toujours en accroissement en

Algérie depuis 1872, date des travaux de M. Ricoux; mais la proportion va en diminuant ». Les Français ont pour la première fois (en 1885) plus de naissances que de décès masculins. Les mariages mixtes entre époux de nationalités européennes se maintiennent fréquents, de préférence entre enfants du pays et par une affinité et une sorte de sélection intellectuelle. Les naissances imprégnées par le mélange des sangs ont, chaque année davantage, pour auteurs des Algériens ayant contracté des alliances croisées; les décès atteignent la partie virile de la population, dont l'accroissement emprunte, pour la meilleure part, à la résistance du sexe féminin. »

Les phénomènes favorables à l'acclimatement se maintiennent et s'améliorent. Ainsi termine M. Ricoux. Nous ne pouvons qu'engager ceux de nos lecteurs qui s'occupent de cette grave question de l'acclimatement à parcourir l'intéressant travail de notre confrère de l'Algérie.

IV. M. de Nadaillac vient de résumer dans un mémoire intéressant, qu'il a lu à l'Académie des Inscriptions, tout ce que nous connaissons sur la trépanation préhistorique. Il conclut, non sans raison « que la trépanation a été pratiquée chez tous « les peuples, dès les époques les plus reculées; qu'elle a pu « être, aux temps néolithiques, une pratique religieuse, une « cérémonie d'initiation, peut-être même le précepte d'un « culte. »

Après la mort, l'on a dû trépaner un individu célèbre par sa puissance guerrière, ou autre, pour posséder des fragments de son crâne, que l'on portait en guise d'amulettes.

Quant à l'origine de la trépanation, il me paraît évident qu'elle est toute thérapeutique. Les individus qui ont survécu à cette grave opération ont dû passer pour des êtres privilégiés, quelque peu divins, et l'on comprend qu'on l'ait essayée sur le sujet sain, qu'elle a dû réussir quelquefois, ce qui a déterminé de nouveaux essais. J'ajoute que les faits de perte de substance osseuse à la suite de blessures sans trépanation ne sont pas extraordinaires; que les blessés guérissent, et qu'il ne faudrait pas conclure, lorsqu'on trouvera leurs crânes dans quelques centaines d'années, qu'ils ont été trépanés dans un but superstitieux.

A. DUREAU.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

LA VASELINE.

En médecine, il est permis de se défier des nouveautés. Sans s'exposer à passer pour routinier, on peut n'avoir recours à un produit que lorsque l'expérience des autres en a démontré la valeur. Cette méthode prudente, je l'ai adoptée pour la vaseline. Quand cette graisse minérale nous arriva d'Amérique, il y a de cela une dizaine d'années, elle vint accompagnée d'un panégyrique pompeux, qui me faisait craindre une de ces vogues éphémères, qui s'éteignent d'autant plus vite qu'elles ont brillé d'un plus vif éclat.

Ma crainte était vaine. La vaseline possède aujourd'hui la consécration expérimentale; elle figure au Codex, qui est l'évangile officiel de la pharmacie; elle est mentionnée dans tous les formulaires de thérapeutique. C'est pourquoi, dans mon esprit, le doute ayant fait place à la conviction profonde, je crois qu'il est de mon devoir de dire ce que je pense de cette substance devenue d'un usage courant.

Pour résumer, en une brève formule, les avantages de la vaseline, on pourrait se borner à dire : c'est une graisse qui ne rancit jamais. Or, le nombre des préparations pharmaceutiques dans lesquelles autant de corps gras étant très considérable, il s'en suit que la consommation de la vaseline doit augmenter de jour en jour.

En partant des cosmétiques anodins ou parfumés destinés à préserver les téguments des engelures, des gerçures, des crevasses, etc., pour arriver aux topiques médicamenteux les plus actifs, destinés à produire la rubéfaction ou la vésication, à détruire les parasites, ou bien à faire pénétrer dans l'organisme les agents dépuratifs calmants ou spécifiques, on voit que la vaseline remplace avantageusement l'huile et l'axonge et le suif, aussi bien dans le cold-cream et le cérat que dans les pommades épispastiques, l'onguent mercuriel, les pommades belladonées, opiacées, iodurées, etc.

Pour ma part, j'ai renoncé aux pommades à base de graisse, dont la rancidité n'est pas seulement désagréable à l'odorat, mais encore regrettable au point de vue thérapeutique, à cause de l'irritation locale qui en est le résultat, et je formule toutes mes pommades avec la vaseline pour excipient, qu'il s'agisse de panser une plaie, de cautériser une ulcération, de sécher un exutoire, ou de fondre une tumeur, de calmer des douleurs utérines et même de détruire l'acarus de la gale.

Je me trouve bien de cette méthode, qui me donne constamment de bons résultats, grâce à une précaution qu'il n'est pas inutile de faire connaître : dans mes ordonnances, j'ai le soin de demander de la vaseline *pure*. Cette garantie m'est assurée par la marque *Salvo-Petrolia* (1).

De cette façon, je n'expose pas mes clients à recevoir, à la place du produit naturel du pétrole d'Amérique, des huiles solidifiées de pétrole d'Europe, de naphte de Russie ou de Schiste, avec 15 ou 18 p. 100 de paraffine cristallisable, blanchie à l'acide sulfurique.

J'engage mes confrères à déjouer la fraude. Voici le moyen de la déceler :

La vaseline pure ne fond pas au-dessous de 40°; le mélange falsifié fond entre 32 et 35°. La vaseline pure ne donne pas de vapeurs inflammables avant 200°; le mélange en dégage à 140. La densité de la vaseline pure est de 0,920 à 0,925; la densité du mélange varie entre 0,900 et 0,905; la vaseline pure est inodore, le mélange est souvent odorant. La vaseline pure est toujours complètement neutre; le mélange est généralement acide. Quand on met le doigt dans la vaseline pure, elle s'y attache en filant comme du bon miel; le mélange ne file pas. Enfin la vaseline pure a toujours une transparence cristalline, tandis que l'aspect du mélange est toujours plus mat.

Cette dernière particularité d'aspect ne doit pas être confondue avec la question de couleur proprement dite, qui est d'une importance secondaire.

En effet, si la vaseline la plus agréable à l'œil est absolument blanche, celle qui a une teinte blonde ne lui est pas inférieure comme qualité. La première peut être considérée comme un produit de luxe, que son prix élevé doit faire réserver à la parfumerie élégante; la seconde est celle dont l'emploi se généralise en pharmacie. Les services médicaux du ministère de la guerre emploient de la vaseline blonde, de la marque Salvo-Petrolia. Imitons nos confrères de l'armée, nous serons assurés de donner à nos malades un produit présentant ces deux qualités rarement réunies : prix modique, pureté absolue.

Dr J. D.

(1) Onguent de pétrole, du mot anglais *Salve* (Onguent) et de *Petroliæ* (Pétrole).

BULLETIN

Aperçu critique sur la réforme de la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés.

Suite. — Voir les numéros 1, 2et 4.

En résumé, et pour en finir avec cette partie capitale du projet de loi qui comporterait encore de nombreuses observations, voici comment je comprendrais, pour ma part, la réglementation législative des placements et de la surveillance des aliénés.

Dans les placements volontaires, l'admission aurait lieu d'après les formalités habituelles : 1° Demande écrite de la famille ; 2° *certificat* ou *rapport* médical ; 3° pièce d'identité ; 4° avis immédiat du chef de l'établissement à l'autorité administrative ou judiciaire, et certificat de vingt-quatre heures.

La personne ainsi admise est placée d'une façon quelconque en observation, est visitée dans les trois ou cinq jours de son entrée par le médecin-inspecteur, qui prend connaissance de toutes les pièces du dossier et examine son état mental. Si le médecin-inspecteur conclut à l'aliénation mentale, la maintenue de l'aliéné s'ensuit *ipso facto*, comme conséquence naturelle et forcée de la maladie, sans qu'il soit besoin, par conséquent, d'autre formalité que l'inscription de l'avis du médecin-inspecteur sur le registre de l'établissement et sa transmission au procureur de la République ; s'il conclut à la non-existence de la folie, le sujet est mis immédiatement en liberté, dans les mêmes conditions ; s'il y a doute, enfin, le médecin-inspecteur en réfère au procureur de la République, qui provoque aussitôt une consultation médico-légale dont la conclusion est suivie soit de la maintenue du sujet dans l'établissement, soit de sa mise en liberté immédiate.

Dans les placements d'office, les choses pourraient se passer d'une façon tout aussi simple. Aux termes du projet de la Commission du Sénat, nous l'avons vu, les préfets dans les cas ordinaires, les maires en cas d'urgence, ordonnent d'office le placement des aliénés reconnus dangereux. Mais ce n'est là qu'un placement provisoire, et les aliénés ainsi internés sont soumis aux mêmes formalités et aux mêmes complications légales que ceux admis volontairement. C'est donc exactement comme si les maires et les préfets n'avaient rien fait, puisque tout est à recommencer et qu'il y a là deux procédures consécutives : l'une administrative, suivie d'arrêté, pour une admission provisoire qui, dans les placements volontaires, s'effectue sur la simple demande de la famille ; l'autre judiciaire, suivie de jugement, qui remet tout en question et s'exécute comme si la première n'avait pas eu lieu. De sorte qu'on fait intervenir successivement un médecin, un maire ou un commissaire de police, le préfet, le médecin de l'établissement, le médecin-inspecteur, le procureur de la République, enfin le Tribunal réuni en Chambre du Conseil, et tout cela pourquoi ? Pour déclarer qu'un pauvre fou qui a troublé la sécurité ou l'ordre publics et dont la folie n'est pas, par conséquent, contestable, est réellement fou et doit être interné. Trois médecins, deux agents du pouvoir administratif et quatre magistrats, avec certificats, arrêtés, conclusions et jugement pour constater l'évidence ! (1) Et dire que tout cela ne servira de rien et qu'on continuera à crier, comme auparavant, à la séquestration arbitraire.

Ne pourrait-on, dès lors, plus logiquement et plus simplement, revenir à l'ancienne loi et décider que les préfets, dans les cas ordinaires, les commissaires de police ou les maires en cas d'urgence, ordonnent d'office le placement des aliénés reconnus dangereux, tout se passant à partir de l'entrée de ces malades dans les asiles, comme nous venons de l'indiquer à propos des placements volontaires ? Ou, si l'on tient réellement à la substitution du pouvoir judiciaire au pouvoir administratif, n'est-il pas encore très facile de remplacer les préfets par les procureurs de la République et les maires par les juges de paix ? C'est du reste ce qui se passe en Angleterre et en Ecosse, où les placements d'aliénés s'effectuent en vertu d'une ordonnance des juges de paix des comtés ou des bourgs et des schériffs, à cette différence près que ces fonctionnaires réunissent la plupart des fonctions administratives et judiciaires (V. Arch. Foville : *La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse*. J.-B. Baillière, 1885). Il est bien entendu, dans cette hypothèse, que les médecins-inspecteurs relèvent, non plus de la Préfecture, mais du Parquet, et qu'ils y sont, de plus, assermentés.

Quant à *la surveillance* des aliénés internés, elle devient, avec ce système, aussi simple que rigoureuse. *Tous les mois*, le procureur de la République, ou l'un de ses délégués (substituts, juges de paix) *est tenu* de visiter les établissements d'aliénés de sa circonscription, assisté du médecin-inspecteur et de l'administrateur des aliénés. Aidé de l'un, il résout toutes les questions de liberté individuelle ; aidé de l'autre, toutes les questions d'intérêts matériels qui peuvent se présenter. Voilà tout ; mais il est difficile, me semble-t-il, de faire davantage, et le public peut avec cela dormir tranquillement sur ses deux oreilles, sans qu'il soit nécessaire, pour lui donner une apparence de satisfaction, de faire défiler devant les malheureux aliénés des fonctionnaires de tout ordre dont l'intervention n'est qu'une vaine formalité.

Je n'insiste pas davantage et me borne à indiquer, dans ses grandes lignes, ce que je crois être une solution du problème. C'est aux législateurs qu'il appartient, en fin de compte, de l'étudier et de le résoudre.

Je ferai encore, avant de terminer, quelques remarques qui ont leur importance sur le placement des aliénés.

Les placements volontaires, on le sait, ne s'appliquent dans la pratique qu'aux malades ayant des ressources personnelles. Les établissements publics ou privés d'aliénés n'admettent, en effet, dans ces conditions, que les sujets pour lesquels il est payé un prix de pension plus ou moins élevé. Il en résulte que les aliénés indigents ne peuvent être internés que par la voie du placement d'office, beaucoup plus difficile à réaliser, puisqu'il nécessite de la part du sujet un acte public et dangereux de folie. Il y a là, dans la pratique, une inégalité choquante. Tandis, en effet, que les familles aisées peuvent, en tout temps et en tout lieu, faire traiter leurs malades, les familles pau-

(1) Encore est-ce par une véritable illégalité, par un véritable abus de pouvoir, que les choses ne sont pas poussées plus loin. Du moment, en effet, qu'un jugement est rendu pour ou contre la liberté d'un individu, il a absolument le droit de se défendre, de recevoir notification du jugement, enfin de faire appel, et c'est arbitrairement qu'on veut le priver de toutes ces prérogatives. Voit-on d'ici quinze mille aliénés faisant appel tous les ans du jugement qui les condamne à être fous et internés, et épuisant toutes les juridictions, c'est-à-dire attendant des mois et des années avant d'être mis enfin en traitement.

vres, faute de ressources, se voient forcées de les garder, quelquefois au prix des plus grands dangers. Il n'est pas rare, par exemple, de voir de malheureuses femmes menacées et violentées par un mari qui les a prises en haine sous l'influence de son délire, s'adresser vainement à toutes les autorités pour obtenir son internement. Comme il ne trouble ni la sécurité ni l'ordre publics, et que le drame se passe en famille, les maires, les commissaires de police, le parquet, le préfet, déclinent tour à tour leur responsabilité, et l'aliéné a tout le temps de commettre un meurtre ou de devenir incurable avant d'être séquestré. Il n'existe qu'un moyen de venir en aide à ces malheureux, c'est d'user d'un subterfuge. On les engage à payer, coûte que coûte, le premier mois de la pension du malade dans un asile d'aliénés ; le mois écoulé, ils déclarent ne plus pouvoir subvenir aux frais de son entretien. Le chef de l'établissement en réfère alors au préfet, qui ordonne la maintenue et transforme le placement volontaire en placement d'office.

On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, quels inconvénients et quels dangers présentent ces faits dans la pratique. Aussi a-t-on cherché à y porter remède. Depuis plusieurs années déjà, le préfet de la Seine autorise certains *placements volontaires gratuits* dans les établissements d'aliénés de son département; malheureusement le nombre en est restreint, et ce n'est d'ailleurs là qu'une mesure locale. La Commission du Sénat s'est occupée de cette question, qui a son importance; mais il serait à désirer qu'elle reconnût formellement dans la loi, en le règlementant, le principe des *placements volontaires gratuits*.

Dr E. Régis.

(A suivre)

NOTES & INFORMATIONS

Les nouvelles internes en médecine.—C'en est fait : après avoir renversé administrativement les barrières qu'on leur opposait, les étudiantes en médecine ont franchi de haute lutte la porte de l'internat; Mlle Klumpke, Mlle Edwards, occupent le 16e rang, la première sur la liste des internes titulaires, la seconde sur celle des internes provisoires. La jeunesse des Ecoles semble avoir pris son parti et se dispose même à fêter cette double victoire. Un Comité d'étudiants et de docteurs en médecine vient, en effet, de se former pour offrir un banquet aux *premières étudiantes* reçues internes des hôpitaux. On s'inscrit tous les jours, à partir de sept heures du soir, chez M. Madeuf, élève en médecine, 55, rue de Seine. En France, la galanterie ne perd jamais ses droits, et il était facile de prévoir que les nouvelles internes recevraient de leurs collègues l'accueil sympathique qu'elles méritent à tous égards.

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 6 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. Lannelongue.

Ordre du jour : Allocution du président, Rapport du secrétaire, Compte rendu du trésorier, Ratification des admissions faites dans l'année, Election de neuf membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

Les futures universités en France. — Le mouvement de décentralisation semble gagner les sphères gouvernementales. En effet, dans les renseignements qu'il a fournis à la Chambre des députés sur l'état de l'enseignement supérieur en France, M. Berthelot, ministre de l'instruction publique, après avoir énuméré les diverses Facultés actuellement existantes, ajoute que le tout est groupé, suivant les nouveaux décrets, de manière à tendre vers la constitution de 16 universités, nombre qui ne sera guère inférieur à celui de l'Allemagne. Il est bon, en passant, d'enregistrer cette déclaration.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Raige-Delorme, bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine de Paris, vient de s'éteindre sans bruit à l'âge de 92 ans. Sa carrière a été aussi laborieuse que modeste. Attaché pendant quarante ans, comme sous-bibliothécaire ou comme bibliothécaire en chef, à la Faculté de médecine de Paris, il a laissé dans l'esprit de tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'une érudition qui n'avait d'égale que sa bienveillance. Il a collaboré à une foule d'œuvres de longue haleine, parmi lesquelles nous citerons les Archives générales de médecine, dont il fut l'un des fondateurs, le *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* dont il partagea dès le début la direction avec Dechambre.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gallard, qui vient de succomber, lui, dans toute la force de l'âge : il avait à peine 59 ans. Médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin en chef du chemin de fer d'Orléans, membre de l'Académie de médecine, auteur de travaux fort estimés de gynécologie, d'hygiène et de médecine légale, M. Gallard avait conquis une situation des plus enviables.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'emploi d'un chef des travaux anatomiques*. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 10 janvier 1887, un concours s'ouvrira le 11 juillet 1887, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

— *Transformation de chaire*. — Dans sa séance du 13 janvier 1887, le conseil de la Faculté de médecine a voté la transformation de la chaire théorique d'accouchements en chaire de clinique obstétricale qui sera consécutivement occupée par le professeur Tarnier.

Faculté libre de médecine de Lille. — Sont nommés professeurs suppléants :

M. le docteur Pierre Bernard, chargé du cours de zoologie médicale ;

M. le docteur Lavrand, chargé du cours d'hygiène ;

M. le docteur Toison, chargé du cours d'histologie.

École de médecine de Clermont. — M. Gagnon, professeur de physiologie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. Blattin, docteur en médecine, ancien suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur de physiologie.

M. Fredet, docteur en médecine, ancien suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

Hôpitaux civils de Paris. — *Concours de l'internat*.—Les candidats nommés et classés par ordre de mérite à la suite du concours qui vient de se terminer, sont :

Internes titulaires.

1. MM. Dupré (M.-E.), Bourges, Alcindor, de Loustalot-Ba-

choué, Sollier, Louis, Souques, Noguez, Calot, Mosny, Boulay, Mauny, Chopard, Bouffe, Hautecœur, Mlle Klumpke, MM. Morel, Parelle, Despaigne, Dupré (F.-F.)

21. MM. Bellanger, Decressac, Gampert, Hamon, Vimont, Mordret, Vilpelle, Lenoir, Paltier, Pfender, Dagron, Cuvillier, Mauclaire, Courtois-Suffit, Mariage, Poulalion, Ardouin, Canniot, Aldibert, Iscovesco.

41. MM. Michaut, Roussan, Thibault (A.), Lefebvre, Vigneron, Wallich, Couder, Arnould), Nodot, Luzet, Faure, Mallet.

Internes provisoires.

53. MM. Laffitte, Lamotte, Marquézy, Laumet, Macon, Willemin, Oustaniol, Gibotteau.

61. MM. Delaunay, Sardou, Reblaud, Bezançon, Bouel, Thibault (H.-M.), Méloir, Mlle Edwards, MM. Tuilant, Raoult, Macry, Cohen, Dusseaud, Pilliet, Thomas, Dufestel, Civel, Audain, Buscarlet, Gauthier.

81. MM. Renault, Marty, Souplet, Viniant, Thérèse, Lelièvre, Gauly, Aubert, Sauvineau, Macquart, Enriquez, Malherbe, Létienne, Léonardi, Gresset, de Grandmaison.

Concours de l'externat. — Le concours de l'externat s'est terminé la semaine dernière par la nomination de 312 candidats.

— M. le docteur Cazelles, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, est nommé conseiller d'Etat en service ordinaire.

— M. Monod, préfet du Finistère, est nommé directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 23 AU SAMEDI 29 JANVIER 1887

Fièvre typhoïde 8. — Variole 7. — Rougeole 38. — Scarlatine 4. — Coqueluche 16. — Dipthérie, croup, 19. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 210. — Autres tuberculoses 17. — Tumeurs : Cancéreuses 36. — Autres 6. — Méningite 32. — Congestion et hémorr. cérébr. 52. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 11. — Maladies organiques du cœur 65. — Bronchite aiguë 36. — Bronchite chronique 49. — Broncho-pneumonie 27. — Pneumonie 77. — Gastro-entérite : Sein 20. — Biberon 24. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 31. — Sénélité 38. — Suicides 15. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 209. — Causes inconnues 11. — Total de la semaine : 1.088 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

On aphasia : being a contribution to the subject of the dissolution of speech from cerebral disease, par le docteur James Ross. — Londres, J. et A. Churchill.

Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire, par le docteur Kahn. In-8 avec 5 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.







58e année. 7e série. Tome IV. — N° 7 — 12 FÉVRIER 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE DE L'ENFANCE

SUR QUELQUES DIFFORMITÉS CONGÉNITALES, par P. REDARD, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine. (Communication au Congrès de chirurgie, 1886).

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

OBS. II. — *Absence de rotule chez un enfant de 20 mois.*

L'enfant Jules L... se présente à notre consultation le 17 juin 1886. C'est un enfant de 20 mois, fort et vigoureux, né de parents très sains. Deux de ses frères sont morts jeunes, sans difformités. Au dire des parents, J. L... est né avec la malformation du genou droit qu'il offre aujourd'hui. Il n'a jamais eu aucune affectinn aiguë, aucun traumatisme de l'articulation du genou droit.

A notre examen, nous trouvons un enfant admirablement conformé. Le genou droit attire senl notre attention ; il existe un très léger degré de genu valgum. Le pied est plat, en léger valgus. La cuisse, à la partie moyenne, comparée à celle du côté opposé, présente une diminution de volume de 2 centimètres. Les muscles de la jambe ne paraissent pas atrophiés. Le muscle droit antérieur, quoique atrophié, existe. Lorsque le malade marche, il ne ploie pas le genou (il ne l'a jamais ployé, d'après les parents); il existe de a raideur dans tout le membre. L'enfant marche comme s'il était atteint d'une fracture de la rotule. Les plis normaux du genou, bien marqués du côté gauche, n'existent pas à droite ; on observe une dépression allongée au lieu de la saillie formée par la rotule du côté sain.

Il n'y a pas de raccourcissement du membre.

La mensuration des deux genoux donne des résultats à peu près identiques des deux côtés.

Lorsqu'on essaie de ployer le genou droit, on n'obtient que de très légers mouvements de flexion.

Il se produit quelques légers craquements. On sent très nettement les condyles fémoraux saillants dans le creux poplité ; ces condyles regardent en arrière et légèrement en dedans. Pas de mobilité latérale. A la partie antérieure du genou, on cherche en vain la rotule ou un vestige de cet os. On sent la dépression intercondylienne et une sorte de ruban fibreux, large de quelques centimètres, se continuant jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia, véritable continuation du tendon du triceps. Nous avons recherché à plusieurs reprises et avons fait rechercher sans succès par nos collègues la rotule chez cet enfant. L'exploration, pratiquée avec de très grands soins en différents points, et notamment à la partie antérieure du tiers inférieur de la cuisse, nous a toujours donné des résultats négatifs.

Une guêtre en peau de chien, avec tuteurs métalliques latéraux, permet une marche très facile.

De cet examen, nous croyons pouvoir conclure qu'il s'agit dans ce cas d'une absence complète congénitale unilatérale de la rotule. La rotule existait-elle à un moment de la vie de l'enfant et se serait-elle atrophiée plus tard? C'est ce que nous ne saurions affirmer. Cette atrophie de la rotule a été signalée par Félix Rizet. Chez un enfant, cet observateur vit que les deux rotules étaient luxées en dehors : la rotule droite

FEUILLETON

NOTICE SUR LA VIE ET LES TRAVAUX DU PROFESSEUR BOUISSON (de Montpellier), lue à la Société de chirurgie par M. le docteur CHAUVEL, secrétaire général.

Suite. — Voir le précédent numéro

Tant de travaux, tant de succès, permettaient au jeune maître d'aspirer aux plus hautes destinées A son talent mûri par les années et par un enseignement déjà long, Paris seul pouvait désormais fournir un champ assez vaste, et quand il se fit inscrire parmi les candidats à la chaire de clinique, le monde médical de la grande ville fut peut-être moins surpris qu'ému de cette compétition.

Bouisson, dans cette lutte suprême, ne fut pas inférieur à son passé. Dans sa composition écrite, dans ses épreuves cliniques, il fit preuve de qualités supérieures, et sut mériter les acclamations d'un auditoire attentif aussi bien que les éloges d'une presse qui ne pouvait avoir pour l'étranger, pour le provincial, une bienveillance excessive. Sa thèse sur les vices de conformation de l'anus et du rectum est une œuvre réfléchie, méthodique, et d'un mérite incontestable. Il sut la défendre avec vivacité, avec esprit, avec courtoisie, parfois avec succès, contre une argumentation aussi serrée que puissante. Improvisation facile, parole élégante, exposition lucide et brillante, sens clinique uni à une animation pénétrante, lui avaient attiré bien des sympathies. Il était, parmi les concurrents, celui que l'opinion publique mettait près de Michon, de Robert, comme digne de la première place Aucun d'eux ne l'obtint, et les voix du jury, à peu près également partagées au premier tour, se réunirent à une faible majorité au scrutin de ballotage sur le nom de Nélaton Mais, jusqu'au dernier vote, Bégin, Réveillé-Parise et Velpeau déposèrent dans l'urne un bulletin favorable au professeur de Montpellier

Il ne nous appartient pas d'apprécier ou de réformer, à trente-cinq ans de distance, un jugement sur lequel les contemporains sont loin de s'accorder ; mais si le choix de Nélaton était discutable au sortir du concours, l'avenir s'est chargé de montrer qu'un meilleur choix eût été difficile.

était déformée et ellipsoïde; la rotule gauche avait conservé sa forme, mais elle était complètement atrophiée. Cette malformation était compatible avec un état fonctionnel satisfaisant.

On remarquera que, chez notre enfant, la lésion était unilatérale, qu'à aucun moment il n'a présenté de signes d'affections du genou et que, d'après les parents, il est né tel que nous l'observons aujourd'hui.

Nous insistons sur ce point que nos recherches répétées ne nous ont fait découvrir à aucun moment aucun vestige de la rotule droite.

Si nous en jugeons par nos recherches bibliographiques et celles qu'a bien voulu faire sur notre demande M. Farabeuf, cette absence de la rotule est extrêmement rare. Henle, Grüber, Kranse, Balfour, n'indiquent pas cette anomalie. Alexandre Friedlebein seul a publié dans le *Jahresberich für Kinderheilkunde* de 1860, l'observation d'un enfant atteint de malformations très multiples. A côté de difformités énormes des membres inférieurs, on trouva à l'autopsie que les deux fémurs manquaient; ils étaient représentés par des cordons fibreux entourés de muscles presque normaux. Leur épiphyse était néanmoins bien développée; il n'existait pas de vestiges des rotules. Les péronés manquaient des deux côtés; les tibias étaient peu résistants, d'une forme arrondie.

Notre cas diffère de ceux de Rizet, Friedlebein, Bousquet. Chez notre sujet, il n'existait pas de malformations multiples. L'anomalie congénitale. (absence complète), était exclusivement limitée au genou droit, et c'est ce qui nous paraît donner de l'intérêt à notre observation.

Dans un cas communiqué à la Société de chirurgie en 1815, par M. Bousquet, il s'agissait plutôt d'une atrophie des deux rotules que d'une véritable absence congénitale. Le sujet de l'observation, âgé de 21 ans, présentait en effet un double genu valgum très prononcé; par une exploration minutieuse on retrouvait des vestiges de la rotule à la face externe du condyle externe, du côté gauche, du volume d'un petit noyau de prune; du côté droit, plus développé. Il était impossible de délimiter les tendons rotuliens. La marche était facile.

Les membres supérieurs avaient une conformation bizarre; il existait une rétraction des deux biceps, et l'extrémité inférieure des humérus avait subi une sorte d'aplatissement, de telle sorte que l'épitrochlée regardait en arrière et l'épicondyle en avant.

OBS. III. — Le troisième fait que nous présentons nous paraît intéressant, en raison du résultat du traitement.

Il s'agit, dans cette observation, d'un enfant de 15 mois atteint d'une anomalie du membre inférieur gauche, consistant en une courbure très prononcée du tibia; le pied était en valgus équin, extrêmement prononcé; les doigts n'étaient qu'au nombre de trois: le pouce, le deuxième et le troisième doigts existaient seuls.

Au moment de notre examen, le membre était plus raccourci que celui du côté opposé de 6 centimètres.

Sous l'influence de 2 ténotomies du tendon d'Achille, du redressement brusque du tibia et du *massage forcé* des articulations du pied, continué pendant six mois, le membre malformé s'est développé; le talon s'est reformé, le pied s'est redressé. L'enfant peut aujourd'hui, grâce à une guêtre et à un appareil prothétique approprié, marcher avec une très grande facilité.

Le raccourcissement du membre n'est plus que de 3 centimètres.

Dans des malformations semblables, chez de jeunes enfants, le massage forcé nous a donné d'aussi beaux résultats.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

LE MILIEU INTÉRIEUR. — LA PATHOLOGIE COMPARÉE.

Première leçon du cours de géographie médicale, professé par M. le docteur A. BORDIER à l'École d'anthropologie.

I

Messieurs,

Deux hommes de race différente, un Européen et un nègre, vivent côte à côte, et dans des conditions identiques, à la Vera-Cruz. Une épidémie de fièvre jaune survient: le nègre sera à peu près complètement à l'abri de ses coups; l'Européen a beaucoup de chances pour en être victime.

Dans une même écurie vivent un âne et une vache soignés par le même homme. Qu'on amène un cheval morveux dans cette écurie: l'âne prendra certainement la morve; la vache sera à l'abri; l'homme aura quelques chances de prendre la maladie.

Après cet échec qui le grandit encore, Bouisson rentre à Montpellier et reprend ses travaux à peine interrompus. Il nous est impossible de donner ici la liste complète de ses publications; nous signalerons seulement: *Nouveau procédé de suture intestinale*(1851); *Eloge du professeur Dubrueil* (1852), *Nouvelle étude sur la taille médiane* (1855-1856); et des mémoires sur l'hypospadias (1857), la ventilation des plaies (1858), le cancer des fumeurs et l'amputation du pénis (1859-1860), le sarcocèle (1863), contenus la plupart dans son *Tribut à la chirurgie*.

Avant d'entrer dans l'analyse de ces deux volumes, qui contient nent presque toute l'œuvre chirurgicale du maître, examinons un instant son Rapport au ministre de l'instruction publique: « Sur la nécessité de rétablir le baccalauréat ès-lettres pour obtenir le titre de docteur en médecine. » Issu du système que Fortoul avait décrété en 1852, simple bachelier ès sciences, je suis peut-être en situation délicate pour juger la question, et je pourrais me récuser. Après tout, je n'ai point de prétentions littéraires, je n'y mets pas d'amour-propre; je continue. Les lettres, dit Bouisson, éclairent le praticien, inspirent le professeur, affermissent l'écrivain; de fortes études sont nécessaires au médecin pour lui inspirer la philosophie, pour lui maintenir la considération nécessaire au rôle qu'il joue dans la société, pour le mettre au niveau des hommes les plus haut placés; il lui faut la connaissance des langues anciennes pour pouvoir lire les ouvrages d'une autre époque, comprendre la valeur des mots dont il se sert chaque jour. Je répondrais aisément qu'écrire et professer ne sont pas le lot de tous, et que la philosophie s'apprend bien vite dans la pratique, car l'ingratitude des malades la rend souvent nécessaire; je dirais que les bacheliers ès lettres n'usent parfois du grec et du latin que pour les accoupler en des termes barbares; j'ajouterais que les puissants de ce monde ont pour les charlatans, zouave Jacob et autres, une prédilection bien connue; mais je n'aurais convaincu que ceux qui le sont par avance. Que dirait l'éminent professeur, à cette heure où le baccalauréat lui-même est attaqué de toutes parts, où sa suppression radicale est réclamée par des esprits fort distingués.

Pour moi, parler la langue des nations voisines, est actuellement une nécessité absolue pour qui veut se tenir au courant de la science. Lire ne suffit pas; il faut voir les étrangers chez eux, dans leurs écoles, dans leurs hôpitaux, dans leurs laboratoires. Si les études littéraires, classiques, sont compatibles avec la connais-

Enfin, voici deux hommes de même race, de même condition sociale, qui sont côte à côte, dans une même salle, exposés au même courant d'air : l'un va prendre un rhumatisme articulaire aign ; l'antre en sera quitte pour un léger coryza. Pourquoi ces différences ? Parce que le *milieu intérieur* de ces divers individns n'est pas le même; il présente de l'un à l'autre des différences d'ordre physique on chimique, d'ordre anatomique en réalité, qui, pour échapper souvent à nos sens, n'en sont pas moins tont aussi réelles et tont aussi importantes que les différences montrées par l'anatomie comparée.

Pour comprendre la valeur de cette expression, le *milieu intérieur*, il faut se représenter les organismes vivants tels qu'ils sont en réalité, c'est-à-dire comme un syndicat, une colonie de cellules, vivant avec une certaine autonomie et baignées dans un liquide commun, liquide qui est pour l'individu collectif un liquide intérieur, mais qui constitue pour chacun des éléments cellulaires baignés par lui, un milieu extérieur : « Chaque cellule, disait Cl. Bernard, vit dans ce milieu extérieur pour elle et y respire, comme le poisson dans l'eau ». Or ce liquide ou, comme on le dit généralement, ces sucs, ces humeurs diffèrent notablement par la température, par la richesse en eau, en sels, en graisse, en albumine, en sucre, en gaz divers ; — ils diffèrent dans le règne animal ou dans le règne végétal et, dans chacun d'eux, suivant les espèces, les races, les variétés, les individus, suivant l'âge, le sexe et le tempérament de chaque individu ; ces différences d'ordre physique ou chimique sont aussi importantes que les différences révélées par l'anatomie, car, comme le disait Robin : « l'accomplissement des actes de l'ordre le plus élevé par leur complication est subordonné à celui d'actes d'ordre inférieur, la réaction chimique, par exemple. »

Les os des herbivores et des cetacés sont plus riches en carbonates que ceux des carnivores. Les os des oiseaux sont plus riches en sels terreux. Chez l'homme, le carbonate de chaux augmente jusqu'à l'âge adulte et diminue ensuite ; il est plus abondant chez la femme que chez l'homme. On observe la proportion inverse pour le phosphate de chaux. D'après les analyses de Milne-Edwards, le carbonate de chaux serait plus abondant dans le côté droit que dans le côté gauche, et cela même chez les animaux, qui sont, vous le savez, droitiers comme l'homme.

La quantité de fer contenue dans le sang varie suivant les espèces : la gélatine abonde chez les animaux jeunes et dans les espèces inférieures ; au contraire, l'hémoglobine, nulle au bas de l'échelle zoologique, apparaît chez les vertébrés et augmente chez les mammifères.

Les tempéraments même ont leur caractéristique chimique: pour le professeur Bouchard, l'arthritisme résulte d'une constitution chimique spéciale des cellules; pour le docteur Beneke, la scrofule serait caractérisée par un excès de matières albuminoïdes et par un déficit dans la proportion des phosphates et des graisses ; la goutte par un excès de matières albuminoïdes, de graisse et d'hémoglobine, ainsi que par une diminution des chlorures et des phosphates ; le cancer par une diminution de chlorures, un excès de phosphates et de graisse.

Entre les races humaines elles-mêmes, le sang offre des différences appréciables, notamment dans le nombre absolu et dans la proportion réciproque des globules rouges et des globules blancs. Le docteur Maurel a même signalé un fait extrêmement important, car il montre combien est profonde la différence de nature des globules: en France, dans nos laboratoires, pour étudier les globules rouges, on les conserve dans un sérum artificiel, dont la formule comporte une quantité de sulfate de soude égale à 2/50. Un pareil sérum artificiel, toujours bon en Europe, conserve également les globules de l'Indou, mais ne convient plus si l'on veut examiner les globules d'un nègre ou ceux d'un Chinois. Pour le nègre, la proportion de sulfate de soude doit être de 4/50 ; pour le Mongol de 1/50.

Mêmes différences entre les espèces et les races, dans ce qu'on nomme la plasticité du sang. Le sang du chien, celui du mouton sont plus plastiques que celui de l'homme ; le sang du nègre est plus plastique que celui du blanc.

Il n'est pas jusqu'à la température qui ne diffère. Vous savez qu'elle s'élève chez les oiseaux à + 41°, tandis que chez les mammifères elle ne dépasse pas + 37° ou + 38°.

Il y a donc une personnalité chimique aussi caractérisée que la personnalité anatomique ; j'ajoute qu'elle est aussi tenace et aussi transmissible qu'elle par l'hérédité. En 1824, M. Chevreul avait déjà formulé cette loi de la personnalité chimique ; M. Gautier vient d'en donner récemment un exemple frappant: l'analyse de la matière colorante de deux cépages bien connus des viticulteurs, l'*Aramon* et le *Teinturier*, donne pour l'un

---

sance des langues vivantes, conservons-les précieusement. Les moments consacrés à la culture de l'esprit ne sont jamais des moments perdus, et l'agréable est parfois aussi précieux que l'utile, le superflu que le nécessaire. Mais si, pour conserver le latin et le grec, il nous faut sacrifier l'anglais et l'allemand, je ne crois pas que la médecine ait rien à y gagner.

Telle ne pouvait être l'opinion de l'homme disert et lettré qui écrivit l'histoire des bienfaiteurs de l'Ecole de Montpellier et l'éloge de Lapeyronie (1864) résumant en quelques mots heureux l'œuvre considérable du fondateur de l'Académie de chirurgie et le triple but qu'il sut donner à sa vie toute entière : libération de l'art ; association des savants; tradition de leurs idées. Le baccalauréat ès-lettres fut exigé pour la médecine. Le rapport de Bouisson y était-il pour quelque chose ? J'aime à le croire, mais je me garde de l'affirmer.

Avec son activité, sa facilité de travail, son esprit toujours en éveil, Bouisson devait forcément songer à écrire un traité de chirurgie. Ce traité, il l'avait en effet conçu, médité ; il en avait même terminé les deux premiers volumes dès 1851. Mais, effrayé par les difficultés, craignant de laisser derrière lui une œuvre imparfaite ou inachevée, il y renonce pour réunir, sous le titre de *Tribut à la chirurgie*, ses travaux les plus importants. C'est à la clinique qu'il a puisé les matériaux de ces volumes ; à la clinique, échange entre la souffrance qui recherche les secours médicaux et la science qui se perfectionne en prodiguant les bienfaits; aussi il les dédie à ses élèves, à ses confrères, aux amis de la science, aux hommes laborieux que n'épouvante pas l'étude délicate d'un point particulier de la pratique.

Partisan de la réunion immédiate, véritable moyen préventif des accidents des plaies, il propose pour la favoriser l'issue directe des fils à ligature au travers de la peau et les sutures à plans superposés qui ne laissent ni vide ni sinus dans le foyer traumatique.

La réunion primitive a-t-elle échoué ; la ventilation périodiquement répétée recouvre la plaie d'une croûte artificielle qui lui permet d'évoluer sans danger.

L'idée n'était qu'ingénieuse. Plus juste était la pensée de rapporter à l'intoxication palustre et de traiter par le quinquina les hémorrhagies intermittentes, périodiques, qui compliquent les suites des opérations. Mejean et Delpech avaient entrevu cette

59,50 de carbone, et pour l'autre 60,92. D'un autre côté, il existe un cépage, le *Petit-Bouscher*, produit par le croisement de l'Aramon et du Teinturier; or l'analyse de ce Petit-Bouscher donne 60,21 de carbone. Ce chiffre de 60,21 n'est autre que la moitié du produit de 59,50 + 60,32; autrement dit, le métis est exactement la moyenne arithmétique des deux progéniteurs!

II

Lorsqu'on voit cette précision et cette persistance dans la personnalité chimique des individus, on comprend comment les parasites de tout ordre (et ceux d'ordre infiniment petit nous mènent maintenant fort loin dans le tableau nosologique) effectuent en réalité un véritable choix, en prenant tel individu de préférence à tel autre; on comprend le mécanisme de ce que nous nommons *aptitude* et *immunité* morbides.

Les microbes font un choix tout aussi motivé que celui fait par le pou de la tête d'un enfant malingre, ou par la puce de la peau du chien; que celui fait, dit-on, par le lion, du nègre qu'il vient saisir au milieu des blancs. Il existe un ferment spécial, qui fait fermenter l'acide tartrique droit; il en existe un autre, qui s'attaque à l'acide tartrique gauche; or chacun d'eux sait reconnaître et distinguer l'un de l'autre ces deux corps, que nous ne savons, nous autres, distinguer que par leur action différente sur la lumière polarisée.

Lorsqu'en effet, en présence de l'acide racémique, mélange d'acide tartrique droit et d'acide tartrique gauche, on met le ferment de l'acide droit, il détruit tout le droit et rien que le droit; vient-on, au contraire, à mettre le ferment gauche en présence de l'acide racémique, il détruira tout le gauche, sans altérer le droit.

C'est par suite d'un choix du même genre que la trichine ne va jamais s'interposer dans les muscles d'un oiseau et qu'elle traverse, sans se détourner, le tube digestif de celui de ces animaux auquel on l'aura fait ingérer. C'est pour une raison du même genre que le micrococcus du choléra des poules tue le lapin et respecte le cobaye; c'est un choix analogue qui fait respecter les porcs allemands par le *bacille* du rouget des porcs. C'est parce que le milieu chimique du cochon d'Inde, de la chèvre, du bœuf, du cheval et de l'homme lui convient que la bactéridie charbonneuse tue ces animaux; c'est parce qu'il lui convient mal, que le même microbe prend mal chez le chat, le chien, chez les carnivores et parce qu'il ne lui convient pas du tout, que cette même bactéridie n'est pas inoculable aux oiseaux! Quelle différence la bactéridie fait-elle entre un mouton mérinos et un mouton algérien? Nous l'ignorons. Elle en fait une cependant, car elle s'attaque à l'un et elle respecte l'autre. Quelle différence fait-elle entre un rat nourri de pain et un rat nourri de viande? Elle tue l'un et respecte l'autre. Le microbe de la morve s'attaque à l'âne plus sûrement qu'au cheval et au mulet moins qu'à l'âne, mais plus qu'au cheval. N'y a-t-il pas là une raison chimique? Le mulet, comme le métis d'Aramon et de Teinturier, dont je vous parlais tout à l'heure, présente sans doute, au point de vue chimique, une moyenne arithmétique entre l'âne et le cheval.

Une célèbre expérience de Toussaint montre bien que les microbes apportent, dans le choix de leur victime, le même *flair*, passez-moi l'expression, que tout à l'heure les ferments tartrique, droit et gauche, au milieu de l'acide racémique: l'habile expérimentateur de Toulouse mélange du sang charbonneux, du sang septique et le sang d'une poule morte du choléra des poules; il injecte une même dose du mélange à des lapins, à des poules, à des moutons et à des cobayes; chaque microbe reconnaît alors le *milieu intérieur* qui lui convient: le mouton et le cobaye prennent le charbon, le lapin prend la septicémie, la poule prend le choléra.

Ce qui est vrai de l'aptitude et de l'immunité morbides ne l'est pas moins de l'aptitude et de l'immunité toxiques; c'est ainsi que le lupin tue le mouton, la chèvre, les bovidés et les solipèdes et ne fait rien au lapin ni au cobaye; que le hérisson avale impunément la cantharide (Pallas, K. Vogt) et qu'il est, dit-on, insensible à la piqûre de la vipère, même lorsqu'elle est faite au museau et sur les autres parties dépourvues de piquants; c'est ainsi que, alors que l'arsenic est un poison pour tous les êtres vivants, on voit certaines algues vivre dans la liqueur arsenicale de Fowler. Je pourrais vous citer également l'immunité toxique des rongeurs pour la belladone, celle des chèvres pour le tabac, etc.

III

Toutes ces aptitudes, toutes ces immunités, ne sont pas des concepts abstraits. Il n'y a point là d'influence métaphysique, quelque chose comme ce que le vulgaire nomme la chance ou la malechance. Il y a dans tous ces faits un *déter-*

origine des pertes de sang post-opératoires; Bouisson la rend indiscutable par des observations précises.

Pour démontrer la réalité des fractures longitudinales des os longs, il recourt à l'expérience, et l'expérience confirmant ses prévisions et apportant son appui aux rares observations publiées, montre que, soit par pression étendue, brusque ou lente; soit par l'action divellente d'un corps pointu, écartant les fibres de l'os, on peut à volonté produire ces lésions.

Un bel exemple de luxation traumatique de l'occipital sur l'atlas, une réduction d'un déplacement ancien de la mâchoire inférieure, quelques cas de déboîtements peu communs du coude, de l'épaule, de la hanche, constituent toute la partie relative aux affections articulaires. Nous préférons l'étude sur les tumeurs syphilitiques des muscles et des tendons. Bien que signalées déjà par Lagneau, Ph. Boyer et surtout par Ricord, elles n'avaient pas été décrites avec le même soin; leur évolution, leurs signes, leur diagnostic, n'avaient pas été précisés.

(A suivre).

Avis aux médecins de la réserve et de l'armée territoriale. — Le ministre de la guerre vient de décider qu'à l'avenir tout médecin ou pharmacien de réserve ou de l'armée territoriale nouvellement promu sera tenu de se présenter en uniforme au directeur du service de santé qui lui donnera, à cet effet, un délai suffisant; que, pour ce faire, ceux qui ne touchent pas d'indemnité de première mise d'équipement, pourront, comme ceux de l'armée territoriale, toucher gratuitement des effets neufs de sous-officier, sur lesquels ils feront ajouter à leurs frais les attributs du corps et les insignes de leur grade; que ceux qui ne pourront supporter les frais d'une tenue d'officier, de même que ceux qui ne voudront pas faire usage d'effets de sous-officier seront mis en demeure de donner leur démission; enfin, que ceux qui se présenteraient en bourgeois lors d'un appel seraient mis en demeure de se faire préparer une tenue au moyen d'effets de sous officier; en cas de refus, ils seraient traduits devant un Conseil d'enquête.

— Le prix de médecine navale, pour 1886, est décerné à M. Cassier, médecin principal de la marine, pour son *Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune à la Guyanne en 1885-1886*.

minisme anatomique. J'entends comprendre dans l'épithète d'anatomique toutes les modifications chimiques ou physiques, ce qui, d'ailleurs, est tout un (la chimie n'étant que la physique atomique). Si l'atropine n'empoisonne pas les rongeurs, cela tient à ce que dans leur sang très alcalin elle se dédouble en tropine et en acide tropique (Rabuteau); si un grand nombre de substances ne semblent pas tout d'abord toxiques chez le cheval, cela tient à ce que la muqueuse de son estomac, très épaisse, n'absorbe que fort peu; le curare, donné aux mammifères par la voie stomacale, paraît sans action, parce que l'absorption en est lente et que, relativement, l'élimination plus rapide empêche toute accumulation toxique; il n'en est plus de même dans l'estomac de l'oiseau qui absorbe plus rapidement ou lorsque le dépôt du curare est fait directement dans le sang par l'expérimentateur.

(A suivre.)

REVUE SPÉCIALE

SYPHILIGRAPHIE

Suite. — Voir le numéro précédent.

VIII. Discutée autrefois et même mise en doute par certains auteurs, la syphilis du cerveau est aujourd'hui parfaitement décrite, ses formes en sont nettement classées. Les travaux de l'École moderne, et en particulier ceux de M. le professeur Fournier, ont jeté sur cette question une lumière nouvelle. L'attention des praticiens s'est forcément trouvée attirée sur ces faits, à tel point qu'aujourd'hui les cas de syphilis cérébrale ne se comptent plus. Mais, tandis qu'autrefois l'opinion la plus généralement admise était que ces accidents ne pouvaient arriver que dans une période assez tardive de la maladie, dans ces dernières années on a reconnu qu'ils pouvaient se présenter beaucoup plus tôt et même coïncider avec les manifestations secondaires.

M. Gaudichier vient de chercher à établir dans sa dissertation inaugurale la date de *l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis* (1). Il a divisé son travail en deux parties bien distinctes. Dans une première, après un historique général de la question, il cite une série de 376 cas de syphilis cérébrale ordinaire observés par M. Alfred Fournier, dont 337 chez l'homme et 39 seulement chez la femme. C'est principalement de 3 à 4 ans après le chancre initial que les accidents apparaissent. Mais on en a vu survenir 10 ou 20 ans et même (M. Gaudichier en cite un cas) 37 ans après. Dans la seconde partie, M. Gaudichier ne s'occupe que de la syphilis cérébrale précoce, qu'il traite tout au long d'après 38 observations.

La forme que revêt le plus communément la syphilis cérébrale est la forme paralytique. Le plus souvent, c'est une hémiplégie qui se présente brusquement, et, plus généralement, à droite qu'à gauche; après avoir éprouvé pendant un temps plus ou moins long des vertiges, des éblouissements et surtout de la céphalée, on se réveille hémiplégique.

Il est peu fréquent d'observer des paralysies limitées, des monoplégies; tout au plus peut-on constater une faiblesse plus accentuée, par exemple, au bras qu'à la jambe. Après les altérations du mouvement, viennent, par ordre de fréquence, les troubles de la parole, qui peuvent être soit des troubles de la parole tenant à une paralysie linguale et associés la plupart du temps à l'hémiplégie, soit une aphasie véritable, coïncidant avec une hémiplégie droite le plus souvent, gauche plus rarement; soit une aphasie existant seule, à l'état de manifestation unique : c'est cette dernière forme que M. Fournier a décrite. Enfin M. Gaudichier cite des formes qui se présentent beaucoup plus rarement : troubles oculaires, altération de l'ouïe, épilepsie, délire, symptômes de péri-encéphalite. Les accidents cérébraux peuvent : 1° guérir d'une façon absolue; 2° être seulement améliorés; 3° laisser à leur suite des infirmités incurables; 4° se terminer par la mort (M. Gaudichier n'en cite qu'un seul cas).

Dans le traitement, il faut non seulement agir vite, mais encore agir vigoureusement. L'iodure de potassium et le mercure devront être associés. L'iodure doit être donné d'emblée à fortes doses; on pourrait, d'après l'auteur, commencer par 3 grammes par jour, pour monter rapidement beaucoup plus haut, jusqu'à 6 et même 8 grammes (sauf intolérance). On pourra donner le mercure sous forme de proto-iodure, en surveillant la bouche avec attention, jusqu'à une dose quotidienne de 10 centigr. Mais, dans tous les cas où il faut agir rapidement, l'auteur préfère les frictions faites avec la pommade mercurielle double, à la dose de 6 ou même 8 grammes.

IX. Les manifestations de la syphilis acquise sur la boîte cranienne ont de tout temps attiré l'attention des médecins à cause de leur multiplicité et aussi de l'influence qu'elles peuvent exercer sur le fonctionnement du cerveau.

Dans un travail d'ensemble d'ailleurs fort intéressant sur un sujet que les études de Parrot et du professeur A. Fournier ont en quelque sorte renouvelé, M. Galtier-Boissière a réuni 23 observations dont 3 inédites Cette thèse constitue un excellent résumé de la question (1).

X. M. Louis Drevet a consacré une courte thèse (2) à étudier les incubations du chancre induré, et à examiner les conditions qui prédisposent au retard des accidents secondaires en scrutant l'influence que peut avoir sur le cours de la syphilis l'évolution des maladies hyperthermiques. Les moyennes exprimant l'incubation du chancre induré semblent s'être accrues de nos jours, et dans le plus grand nombre des cas, les causes qui contribuent à l'accroissement de l'incubation nous sont inconnues. M. Drevet cite cependant l'âge avancé, le climat, la grossesse et surtout l'hyperthermie. Une affection fébrile survenant entre l'imprégnation syphilitique et le début du chancre semble retarder dans une notable mesure cette première manifestation. Une affection fébrile survenant après l'apparition du chancre induré et pendant son évolution retarde et atténue les accidents secondaires. Mais dans un certain nombre de cas, cette atténuation est transitoire, et les accidents dissipés reparaissent peu après le retour à la température normale. M. Drevet ajoute cependant que la modification imprimée au virus peut être telle qu'elle joue le rôle d'une véritable abortion, et détruise pour toujours l'agent nuisible dans l'organisme. La fièvre typhoïde semblerait jouir dans de certaines circonstances de ce privilège.

XI. Dans un travail qui ne manque pas d'intérêt, qui pourra même être utile, bien qu'il ne s'appuie que sur deux observa-

(1) Paris, 1886. — G. Steinheil, éditeur.

(1) Paris, 1885. A. Parent.
(2) Paris, 1886. A. Parent.

tions, M. J. Barbier (1) démontre que l'épilepsie syphilitique ne se manifeste pas seulement par des phénomènes épileptoïdes comme on le croyait récemment encore, mais par des attaques franches reproduisant si fidèlement le tableau clinique de l'épilepsie ordinaire qu'il est absolument impossible de différencier l'une de l'autre.

Elle n'est point due à un virus spécial, comme on l'enseignait il y a une vingtaine d'années, mais à des lésions cérébrales ou médullaires. Elle se distingue de l'épilepsie essentielle :

1° Par l'absence de cri ou d'aura, par le mode de succession ou d'apparition des crises, par l'âge du malade, par des troubles cérébraux précoces ou tardifs précédant ou suivant les attaques (céphalée, vertiges, éblouissements, épilepsie jacksonienne, etc.), tous caractères d'ordre secondaire comme valeur diagnostique, puisqu'ils sont à la fois communs à l'épilepsie symptomatique de lésions syphilitiques ou d'une tumeur quelconque du cerveau ;

2° Par la coexistence très fréquente *des troubles de la sensibilité* dans les membres et en particulier dans les membres inférieurs et par la *fréquente abolition des réflexes tendineux*, phénomènes qui ont une réelle importance au point de vue du diagnostic, car ils font défaut dans l'épilepsie ordinaire et se rencontrent très fréquemment dans l'épilepsie syphilitique. Dans cette dernière, en effet, la moelle et le cerveau sont touchés simultanément par la maladie infectieuse ;

3° Enfin, par les effets d'une médication mercurielle ou iodée.

XII. M. Eugène Lesage rapporte trois observations empruntées au service du professeur Alfred Fournier à Saint-Louis, de chancre inoculé par morsure dans des rixes ou des luttes (l'un à la joue, le second au pouce, le troisième à l'oreille) (2). D'après ces trois observations, le chancre par morsure semblerait se former d'emblée. En effet, la plaie initiale a été longtemps à se guérir (quinze jours au moins, trois semaines au plus); elle ne s'est jamais ouverte une fois la cicatrice produite, mais la peau en a gardé momentanément une coloration violette et même noirâtre; à vrai dire, il n'y avait pas eu de chancre. Mais il est un signe sur lequel M. Lesage appelle l'attention : c'est l'induration qui, chez le sujet de la deuxième observation, était encore très manifeste quatre mois après l'inoculation.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Les recherches de M. Pasteur sur le virus rabique et sur sa prophylaxie de la rage, par le professeur von Frisch, de Vienne (*Mitteilungen der Kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien*, t. XXVII, 1886).

Dans la discussion qui s'est récemment élevée, à l'Académie de médecine, sur la valeur de la nouvelle méthode du traitement de la rage (méthode intensive) de M. Pasteur, il a été beaucoup question des recherches du professeur von Frisch (de Vienne), qui a répété les expériences sur lesquelles le savant français a fondé sa méthode, et qui est arrivé à des résultats en opposition, sur certains points, avec ceux de M. Pasteur. Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour les lecteurs de la Gazette médicale d'avoir sous les yeux le texte exact des conclusions sous la forme desquelles von Frisch a résumé les résultats de ses recherches, dans une communication à l'Académie des sciences de Vienne. Voici la traduction fidèle de ce document :

« 1° Le virus rabique se rencontre sous une forme concentrée dans les centres nerveux (cerveau et moelle) des animaux qui ont succombé à la rage ;

« 2° De petites quantités de substance cérébro-spinale provenant de chiens morts de la rage, et injectées, par voie de trépanation, sous la dure-mère, à d'autres animaux, provoquent chez ces derniers, avec une certitude absolue, le développement de cette même maladie, après une période d'incubation dont la durée oscille entre des limites peu étendues (14 à 21 jours). La rage peut ensuite être transmise de la même façon, des animaux inoculés à d'autres ;

« 3° Pareillement, l'injection sous la dure-mère de particules de moelle provenant d'un homme mort de la rage, développe chez des animaux les mêmes symptômes, après une période d'incubation sensiblement égale. D'après cela, l'identité des deux processus chez l'homme et les animaux paraît être dûment établie ;

« 4° Le résultat est moins sûr à la suite des injections sous-cutanées de substance cérébro-spinale (rabique) ; de plus, la période d'incubation paraît être de durée plus longue qu'à la suite des injections pratiquées sous la dure-mère ;

5° Il semble que la durée de la période d'incubation soit en raison inverse de la quantité de virus injecté; plus cette quantité est minime, plus la période d'incubation est longue ;

« 6° En transmettant le virus de la rage par voie d'injections pratiquées sous la dure-mère, à des séries successives de lapins, on obtient, après un certain nombre de générations consécutives, une diminution de durée de la période d'incubation, diminution irrégulière d'abord, mais qui se régularise ensuite pour aller en augmentant ;

« 7° Le virus, dit *virus fixe*, obtenu par Pasteur au moyen d'inoculations successives de lapin à lapin, après 40 à 50 générations, et qui engendre la rage après une période d'incubation de sept jours, manifeste une virulence supérieure à celle du virus de la « rage des rues », non seulement en raison de la rapidité plus grande avec laquelle il fait éclater les manifestations de la rage, mais aussi en raison de ce fait qu'il tue sans exception les animaux inoculés, que l'inoculation soit pratiquée sous la dure-mere ou par la voie sous-cutanée ;

« 8° Ce virus fixe ne paraît pas être sensiblement influencé, quant à la durée de l'incubation, par de nouvelles séries d'inoculations (çà et là les animaux inoculés succombent dès le sixième jour) ; d'autre part, la durée de la période d'incubation n'est pas constante : elle s'élève quelquefois à 8 ou 10, voire à 12 jours. Or, en faisant des inoculations successives avec le virus de la « rage des rues », on obtient également parfois, dès la seconde et la troisième génération, un virus caractérisé par une période d'incubation de 8 à 12 jours, ayant par conséquent une virulence de même valeur (que le virus fixe) ;

« 9° Le virus fixe, caractérisé par une durée d'incubation de sept jours, peut être obtenu non seulement au moyen du procédé indiqué par Pasteur, mais encore, et parfois plus vite, indépendamment des transmissions successives ; ce virus,

(1) Thèse de Paris, 1885.

(2) Thèse de Paris, 1885.

lorsqu'on le fait servir à des inoculations ultérieures, manifeste alors une grande constance quant à ses effets et quant à la durée de la période d'incubation ;

« 10. En soumettant des fragments de moelles (rabiques) à la dessiccation, à la température de 20° C. et en présence de la potasse caustique, leur virulence diminue de jour en jour, et elle paraît être complètement éteinte au bout de 14 à 16 jours de dessiccation ;

11° Les animaux auxquels on a inoculé successivement une série de produits rabiques, de virulence diversement atténuée, (fragments de moelle soumis à la dessication pendant des périodes de temps inégales) sont rendus réfractaires, par les inoculations de matières d'une faible virulence, aux effets des inoculations plus fortes, à la condition que les produits d'une virulence granellement croissante ne se suivent pas de trop près ;

« 12° Des animaux auxquels, en l'espace de dix jours, on avait inoculé sous la peau des matières rabiques de virulence croissante (à savoir des fragments de moelle), soumis à la dessiccation pendant des espaces de temps variables de 1 à 15 jours, n'avaient pas contracté d'une façon sûre l'immunité contre le virus frais de la « rage des rues », contrairement aux assertions de Pasteur ; inoculés sous la dure-mère, ces animaux restaient rarement en bonne santé ;

« 13° Des lapins et des chiens auxquels on avait inoculé sous la dure-mère, après trépanation préalable, du virus de la « rage des rues » (communiquant la rage après une période d'incubation de 16 jours) et qu'on avait ensuite soumis aux inoculations préventives, suivant le procédé indiqué plus haut, sont tous tombés malades et ont tous, un seul excepté, succombé à la rage (faits déjà publiés *in* : ANZEIGER DER KAISERLISCHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN, 15 juillet 1886, et WIENER MEDIC. PRESSE, 1886, n° 32). Le chien qui, seul, était resté bien portant lors de cette première série d'expériences, fut de nouveau inoculé 14 jours plus tard par voie de trépanation et succomba à la rage, le huitième jour après l'inoculation ;

« 14° Pasteur a objecté (*Comptes rendus*, 2 nov. 1886) contre les résultats de ces expériences, que les inoculations préventives avaient été faites avec trop de lenteur, quoique je m'en sois tenu strictement au procédé employé jusqu'ici par lui sur des animaux. Pasteur exige, pour le succès de ces expériences, que les inoculations préventives se fassent en l'espace de vingt-quatre heures et se suivent à des intervalles de deux heures, que cette première série d'inoculations soit répétée 2 ou 3 fois, enfin que le traitement préventif soit commencé aussi tôt que possible après l'infection, au plus tard le jour suivant. Des expériences, faites suivant ces indications, sur des chiens et des lapins, n'ont pas donné un seul résultat favorable ; tous les animaux ont succombé à la rage, même avec ce traitement plus sévère.

« 15° Ces recherches ont eu pour autre résultat important de faire voir qu'en inoculant, à des intervalles très rapprochés, des matières rabiques de virulence croissante, l'inoculation des matières d'une virulence relativement faible ne confère plus d'une façon sûre l'immunité contre les suites des inoculations ultérieures plus fortes. Une série de lapins et de chiens ont été utilisés pour contrôler les expériences dont il vient d'être question, et soumis au traitement fort (méthode intensive), sans infection préalable ; la plupart de ces animaux ont succombé à la rage.

« 16° Des animaux qui avaient été contaminés sous la peau par le virus de la « rage des rues » et qu'on soumit ensuite aux inoculations préventives ont également succombé, pour la plupart, à la rage, même quand la période d'incubation embrassait une durée de trente-quatre jours. »

Il ne sera pas superflu de rappeler que von Frisch a utilisé pour ses expériences un « virus fixe » qui avait été libéralement mis à sa disposition par M. Pasteur.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE. — LES GRANDES MÉDICATIONS, par G. HAYEM, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine. — Un vol. in-8° de 431 p. Paris, G. Masson, 1887.

On entend par médications des actions thérapeutiques suscitées dans le but de remplir les indications tirées des éléments constitutifs des maladies. L'étude de la physiologie pathologique de ces éléments morbides donne la clef de leur genèse et constitue la base de toute thérapeutique rationnelle. Devant cette méthode nouvelle, l'Empirisme, qui a fondé la thérapeutique du passé, n'apparaît plus qu'à titre de document ; il a rendu d'incontestables services et nous a donné les seuls spécifiques que nous possédions. Mais son heure est passée, car rien de ce qui touche aux choses de la thérapeutique ne doit être désormais laissé au hasard.

M. le professeur G. Hayem n'avait garde de s'engager dans une autre voie, puisque c'est lui-même qui avait tracé jadis les bases de cette méthode expérimentale qui va révolutionner la thérapeutique, comme elle a déjà renové la pathologie, et dans le livre qu'il vient de publier sur les *grandes médications*, il assume la tâche hardie de sortir de la vieille thérapeutique et de bâtir un édifice d'attente avec les matériaux nouveaux accumulés pour la réédification de la science de guérir.

Les grands éléments morbides sont au premier titre : l'infection, l'adynamie, la fièvre, l'inflammation, d'où les grandes médications désinfectante, sthénique, antipyrétique, antiphlogistique.

L'*infection* est un processus primaire qui conditionne, à côté de la fièvre et de l'inflammation, les éléments secondaires les plus divers. Les agents infectieux sont vivants et l'infection est le résultat de leur pullulation dans l'organisme. Les infections sont locales ou générales ; celles qui sont primitivement locales se cantonnent dans une partie du corps jusqu'à leur extinction ou peuvent se généraliser. Pour agir sur elles, il faut stériliser les agents pathogènes, soit localement, soit généralement, suivant que l'on est en face de l'une ou l'autre de ces infections.

C'est l'expérience clinique qui seule est capable de juger de la valeur d'un *désinfectant* ; l'action de celui-ci dépend de plusieurs facteurs, tels que ses effets sur les tissus, les germes morbides et sur les produits secondaires de l'infection.

L'acide phénique, les sels de mercure, l'iode, l'iodoforme l'eau oxygénée, l'acide salicylique, sont étudiés par M. le professeur Hayem, comme désinfectants locaux. Il trace les règles de leur emploi, et dans une étude synthétique qui sera fort appréciée, il montre comment la médication désinfectante

locale, dont on connaît maintenant les agents, peut-être appliquée au traitement d'un certain nombre de maladies pour lesquelles il choisit, à titre d'exemples, la pustule maligne, les suites de couches, la syphilis, l'érysipèle, etc.

Les résultats obtenus par l'emploi de la médication désinfectante dans les maladies, à proprement parler médicales, ne sont pas encore très satisfaisants. Ainsi, pour la diphthérie, les dissolvants des fausses membranes et les moyens qui en facilitent le détachement, ont donné d'aussi bons effets que les désinfectants. Quant à la phthisie pulmonaire, on sait seulement que les injections intra-pulmonaires habilement pratiquées ne sont pas dangereuses, mais les succès acquis demeurent encore problématiques, et l'on doit féliciter M. Hayem de mettre une sourdine à l'enthousiasme qui a accueilli ces pratiques, plutôt audacieuses que réellement bien conçues.

La désinfection intestinale a été plus heureusement appliquée, grâce aux recherches de M. le professeur Bouchard; c'est la seule qui paraisse avoir légitimé dans une certaine mesure les espérances de ses promoteurs.

Quant à la médication désinfectante interne, elle est encore dans l'ère des premiers tâtonnements et son avenir semble résider bien plus dans l'emploi des modificateurs du terrain organique que dans l'administration plus ou moins raisonnable de médicaments microbicides dépourvus d'action nocive sur l'organisme.

En effet, cette dépression neuro-musculaire qui constitue l'*adynamie* implique un défaut de résistance organique qui laisse libre cours à la pullulation microbienne; c'est un élément commun à de nombreux états morbides, c'est par conséquent l'indication d'une grande médication, la *médication sthénique*.

Mais qu'est-ce que l'adynamie? C'est un effet secondaire de l'infection qui paraît directement en rapport avec les effets toxiques des ptomaînes pathologiques. A coup sûr, voilà une réponse qui rompt brusquement en visière avec les doctrines du passé, mais son intérêt principal gît dans les indications qu'elle fournit. Réveiller l'action cellulaire et éliminer les poisons, tels sont les deux termes fondamentaux de la médication sthénique.

Ici je pourrais prendre la parole pour un fait personnel et rappeler qu'il y a dix ans, lors de mes premiers travaux sur la chimie de la fièvre typhoïde, j'avais déjà posé ces deux grandes indications. La confirmation que leur donne aujourd'hui M. le professeur Hayem a donc pour moi un intérêt de premier ordre, puisqu'il sanctionne de son autorité des idées que j'avais expérimentalement démontrées, mais qui n'avaient point encore été adoptées comme vérités scientifiques.

La diététique, l'alcool, l'éther, les toniques, la révulsion hydrothérapique, etc., sont les agents essentiels de la médication sthénique. Mais comme l'adynamie peut prédominer du côté de certains organes, il importe d'avoir alors à leur opposer des moyens spéciaux.

C'est ainsi que le froid, la digitale, la caféine, l'opium, seront opposés à l'adynamie cardiaque; l'hydrothérapie, le musc, l'opium, le bromure de potassium, le chloral, l'alcool, à l'adynamie cérébrale.

M. G. Hayem aborde ensuite la *médication antipyrétique*, corrélative de l'état fébrile.

« Celui-ci est le résultat d'un trouble particulier des fonctions nerveuses, trouble survenant parfois directement quand ce système est lésé ou dynamiquement troublé par une névrose, plus souvent à la suite d'une altération du sang, presque toujours d'origine microbienne. » Cette définition conduit à deux indications : soutenir le système nerveux affaibli de de manière à exciter la régulation thermique et modérer la consomption fébrile.

Le bain froid, le bain progressivement refroidi, les affusions froides, le drap mouillé, le bain tempéré, agents de la méthode réfrigérante, puis les émissions sanguines, les hypercriniques, enfin, certains médicaments, dont la quinine est le type, constituent les moyens essentiels de la médication antipyrétique.

M. Hayem juge avec beaucoup de sagacité la méthode réfrigérante. Il l'accepte comme moyen thérapeutique spécial devant des indications nettement déterminées, mais, avec toute l'École de Paris, il la rejette comme moyen systématique.

La mise en œuvre de la médication antipyrétique et le choix de ses moyens est sans contredit l'un des points les plus marquants du livre de M. Hayem; c'est évidemment celle qui intéressera le plus le praticien. Ici plus de théories, plus de discussions sur la nature de la fièvre, mais des conseils précis donnés par un judicieux clinicien, et une ligne de conduite nettement tracée au-dessus de toutes les incertitudes que la genèse de l'état fébrile accumule dans l'esprit du médecin.

Si j'admire sans réserve la partie clinique du livre de M. G. Hayem, ce n'est pas pour critiquer plus à l'aise tout ce qui a trait aux choses de la théorie. Je serais d'ailleurs fort embarrassé de donner un jugement exempt de toute impartialité, puisque je défends des idées diamétralement opposées à quelques-unes de celles qu'il soutient. C'est, en effet, d'après leur action sur les échanges que je juge surtout de l'effet des antipyrétiques, et cela parce que la fièvre typhoïde, qui m'a servi de type, a pour condition pyrétogène essentielle, non pas des oxydations exagérées, mais bien des actes chimiques désassimilateurs d'un autre ordre et des rétentions anormales de déchets imparfaitement oxydés. Par conséquent, je cherche à activer et les oxydations et l'élimination de ces déchets, ce qui va résolument à l'encontre des indications antipyrétiques actuelles. M. G. Hayem reste dans la doctrine classique et veut sans doute attendre des preuves plus convaincantes avant de se prononcer. J'aurais d'autant plus mauvaise grâce à critiquer cette réserve que l'éminent professeur tend à poser, comme autre indication du traitement de l'état pyrétique, la combustion, l'élimination au dehors des matières pyrétogènes. Et par conséquent, puisqu'il admet que certains déchets ne sont pas assez oxydés, il fait incontestablement un pas dans le sens de la doctrine que je soutiens.

Mais, je le répète, tout ceci est affaire de théorie, et chacun sait de quelles prudentes réserves le savant doit s'entourer avant de dresser affirmation contre affirmation. Aussi bien, le praticien reste-t-il en dehors de ces discussions, et je me hâte de reconnaître que M. le professeur Hayem a le grand mérite de ne pas l'y entraîner.

La *médication antiphlogistique* termine le livre.

L'inflammation comporte une série de phénomènes, tels que la fluxion, l'exsudation, la douleur, qui créent autant d'indications thérapeutiques. Poursuivant sa méthode, M. G. Hayem traite successivement des moyens d'y répondre. Je signalerai particulièrement les leçons sur la révulsion et les émissions sanguines comme des modèles de fine analyse et d'habileté thérapeutique. Puis, dans un excellent résumé synthétique, il

envisage, d'une manière générale, la manière dont le médecin doit se servir des armes qui viennent de lui être mises entre les mains.

Les *leçons de thérapeutique* dont je viens de donner une trop rapide et succincte analyse, ont l'immense avantage de la clarté et de la précision; si ardues parfois que soient les questions dont traite M. G. Hayem, il sait leur donner un attrait tout particulier par la sûreté de sa méthode et par les vues originales dont il les éclaire. Et puis, ce livre a le grand mérite de sortir du cercle commun où la thérapeutique tourne depuis si longtemps, et il restera comme l'expression très exacte de cette époque de transition où l'on pressent les conquêtes que l'avenir réserve, en attendant que des moyens nouveaux permettent de les réaliser.

ALBERT ROBIN.

BULLETIN

APERÇU CRITIQUE SUR LA RÉFORME DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 RELATIVE AUX ALIÉNÉS.

Suite. — Voir les numéros 1, 2, 4 et 6.

Une autre difficulté se dresse dans l'exécution des placements d'office lorsqu'il s'agit non plus des aliénés indigents, mais des aliénés de la classe aisée. Aussitôt après l'arrêté d'un préfet ordonnant d'office l'internement d'un aliéné qui a troublé l'ordre public ou la sécurité des personnes, la famille peut, comme on le sait, intervenir, et désigner l'établissement public ou privé où elle désire que le malade soit traité à ses frais. Or, dans le nouveau projet de loi, à l'art. 30, qui formule les mesures provisoires à prendre par les maires ou les commissaires de police en cas de danger imminent, il est dit que les personnes qui sont l'objet de ces mesures doivent être envoyées directement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département, toutes les fois que le transport peut s'effectuer dans la même journée. Qu'on procède ainsi dans les cas ordinaires, rien de mieux; mais la famille doit avoir évidemment le droit d'intervenir comme dans le cas d'arrêté préfectoral, et de désigner elle-même l'établissement où le malade doit être traité à ses frais. Le transport dans l'asile départemental devient donc, dans l'espèce, une complication inutile. Il suffirait, pour résoudre la difficulté, d'ajouter à l'article 30 que les aliénés pour lesquels des mesures provisoires ont été reconnues nécessaires seront envoyés directement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département, toutes les fois que le transport peut s'effectuer dans la même journée «à moins que les familles ne déclarent vouloir bénéficier de l'art. 17—dont il va être question— et ne spécifient l'établissement public ou privé, où elles désirent que le malade soit traité à ses frais.

Cet article 17, auquel je viens de faire allusion porte que les maires ou les commissaires de police seront tenus d'assurer le transport dans les établissements spéciaux des aliénés qui s'y opposeraient par la force. Cette mesure, également applicable aux placements volontaires et aux placements d'office, coupera court aux difficultés et aux scandales publics qui se sont malheureusement produits dans certains cas d'internement d'aliénés où l'emploi de la force a paru nécessaire A ce titre, c'est une innovation excellente et qui ne peut produire que de bons résultats.

Il en est de même de celle indiquée à l'article 18, qui autorise tout aliéné conscient de son état à être admis sur sa simple demande dans un asile d'aliénés. Ce fait, si extraordinaire qu'il semble au premier abord, n'en a pas moins lieu assez fréquemment. Il se produit surtout chez les aliénés intermittents déjà traités dans des asiles et qui, sentant venir leurs accès, éprouvent eux-mêmes le besoin de l'isolement et d'un traitement spécial. La loi de 1838 n'ayant pas prévu ce cas, les formalités ordinaires leur étaient applicables, et les malades désireux de se placer volontairement étaient obligés de se faire assister d'un répondant signant la demande d'admission. Le projet de loi actuel, comme nous l'avons dit, autorise ces placements véritablement *volontaires* sur la simple demande écrite de l'aliéné, tout se passant, après l'entrée, comme dans les cas ordinaires.

Il reste une question importante et dont il est nécessaire de se préoccuper, c'est celle de l'enseignement des maladies mentales. Quelle situation va lui faire la loi nouvelle?

On sait que, pendant longtemps, l'enseignement des maladies mentales n'a existé en France qu'à l'état d'enseignement clinique libre et que c'est seulement depuis quelques années qu'on lui a donné accès dans le programme officiel des études médicales. A Paris, le fonctionnement de cet enseignement représenté par des cours multiples, ne laisse plus rien à désirer aujourd'hui, et on peut dire qu'il fait honneur à notre pays; mais en province il n'en est pas de même, et sa situation est, en général, des plus précaires. Cela tient surtout à ce que, dans la majorité des facultés, faute de cliniques spéciales et de professeurs spéciaux, on a dû se contenter d'une situation provisoire qui consiste à confier le soin de cet enseignement, avec le titre de chargé de cours de clinique annexe, au médecin de l'asile d'aliénés le plus voisin. Je n'ai pas à insister sur les inconvénients de toute nature qui résultent de cet état de choses, et je me borne à constater que les facultés de province tendent toutes à revendiquer l'organisation d'une clinique des maladies mentales consacrée, comme les autres, au service de l'enseignement, et ayant à sa tête un professeur spécial. Alors seulement, on pourra en attendre de bons résultats.

Or, pour organiser un service de clinique des maladies mentales, relevant de la faculté, le plus simple est d'annexer à l'hôpital général un quartier de dépôt et d'observation, où sont conduits avant leur envoi définitif dans les asiles, les aliénés placés d'office, ainsi que les inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico légale. Vingt à vingt-cinq places pour chaque sexe d'aliénés seraient très suffisantes pour constituer une clinique médicale et médico-légale des maladies mentales, en raison du roulement incessant qui s'y produirait, et les étudiants en médecine aussi bien que les étudiants en droit, car aujourd'hui ces questions intéressent les uns et les autres au plus haut point, trouveraient là des conditions d'instruction parfaitement suffisantes.

Malheureusement, le nouveau projet de loi n'admet la création de dépôts provisoires ou de quartiers d'observation qu'avec les plus grandes réserves, et il ne les autorise notamment que dans les chefs-lieux judiciaires où il n'existe pas d'établissement public d'aliénés, ce qui n'est habituellement pas le cas dans les grandes villes, siéges de facultés. D'autre part, les malades ne peuvent y être retenus plus de quinze jours, à moins d'une autorisation spéciale et motivée du préfet (art. 36 et 37). Il y a là des restrictions trop étroites qui, si elles étaient maintenues, ne permettraient pas la création et le fonctionnement régulier des cliniques d'enseignement. C'est

une lacune à combler et c'est sans doute par pur oubli que l'éminent rapporteur du Sénat, le docteur Th. Roussel, en défendant le principe des quartiers de dépôt et d'observation dont on demandait la suppression radicale, ne s'est pas surtout appuyé, pour en réclamer le maintien, sur les besoins sacrés de l'enseignement. Il n'est pas probable, par conséquent, que cette question soulève des difficultés sérieuses, lors de la deuxième délibération.

En dehors des questions relatives aux placements des aliénés, le projet de loi soumis au Sénat renferme bien d'autres dispositions nouvelles. Ces dispositions, on le comprend, il m'est impossible de les examiner en détail ici. La discussion en serait d'ailleurs inutile, car pour la plupart, elles réalisent un progrès réel. Je dois donc me borner à signaler celles d'entre elles qui peuvent intéresser plus directement le corps médical.

Une des innovations les plus importantes, à cet égard, consiste dans la création d'une surveillance pour les aliénés traités à domicile. Désormais en effet (art. 7) toute maison où un aliéné est traité, même seul, sera assimilée sous le rapport de la surveillance aux asiles privés, à moins que le tuteur, autorisé par le conseil de famille, le conjoint, l'un des ascendants ou des descendants, le frère ou la sœur du malade n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. Encore, dans ce dernier cas, le tuteur, conjoint ou parent sera-t-il tenu, lorsque la nécessité de tenir le malade renfermé aura duré trois mois, d'en faire la déclaration au procureur de la République (art. 8). Cette réforme, dont le principe a été emprunté au système anglais, grâce surtout aux études préparatoires du docteur A. Foville, dont la haute compétence a sur plusieurs points inspiré la commission du Sénat, est considérée, en général, comme une mesure des plus sages. Il est prouvé, en effet, par des exemples malheureusement trop fréquents et trop authentiques, que c'est surtout — on pourrait dire uniquement — dans les familles et chez les particuliers que se produisent les véritables séquestrations arbitraires. On a cité à cet égard des faits véritablement honteux. Il ne faut pas se dissimiler toutefois, que dans une question de ce genre, la loi se trouve dans une situation des plus délicates, placée qu'elle est entre la nécessité de protéger l'infortune, et le respect qui est dû au droit sacré des familles. Aussi n'est-ce pas tant dans le principe de cette surveillance, admis à peu près par tous, que dans son mode d'application, que réside la difficulté. C'est au législateur qu'il appartient de fixer à cet égard la limite précise de l'intervention de l'autorité. Pour ma part, je ne relèverai, dans cette question, qu'un simple point de détail.

Il est dit, dans le projet de loi, que lorsque la claustration de l'aliéné aura duré trois mois, le tuteur, conjoint ou parent devra en faire la déclaration, en y joignant un certificat médical circonstancié, et que le procureur de la République, après avoir pris l'avis du médecin-inspecteur, peut décider qu'il suffira, comme garantie ultérieure, de l'envoi par la famille d'un certificat médical trimestriel. Or, il me paraît important de spécifier quelle sera dans l'espèce, la situation du médecin-inspecteur. Si, comme cela est probable, ce fonctionnaire, en raison de sa haute situation, est appelé à jouer un rôle actif dans la pratique journalière des maladies mentales, dans son département, il en résulte qu'il sera fréquemment appelé à devenir le médecin traitant des aliénés soignés à domicile. Cela étant, il me paraît impossible qu'on l'autorise à rédiger lui-même le certificat joint à la déclaration de la famille ni à donner son avis au procureur de la République pour les mesures de surveillance à prendre par le parquet vis-à-vis de l'aliéné. Ce serait concentrer entre ses mains sa propre surveillance, c'est-à-dire l'annihiler; et de même que la loi n'a jamais autorisé un médecin attaché à un établissement d'aliénés à rédiger lui-même le certificat d'admission d'un malade, de même elle ne peut autoriser le médecin-inspecteur devenu médecin d'un aliéné traité à domicile, c'est-à-dire d'un véritable établissement privé d'aliénés — puisqu'il y a assimilation — à faire ce certificat et à s'inspecter lui-même. Il est donc de toute nécessité que la loi spécifie à cet égard les prérogatives du médecin-inspecteur. Aura-t-il, ce qu'il me semble difficile de lui refuser, le droit de faire de la clientèle, c'est-à-dire de traiter des aliénés à domicile? Et si oui, comment s'exécutera la surveillance de ce traitement, qui lui incombe de par la loi? C'est une difficulté de pratique assez sérieuse, à laquelle on n'a peut-être pas songé jusqu'à ce jour et que je me borne à signaler, ne voyant guère d'autre moyen de la résoudre que par l'interdiction faite au médecin-inspecteur de donner des soins *réguliers* aux aliénés traités à domicile.

Dr E. Régis.

(A suivre)

NOTES & INFORMATIONS

Séance annuelle de la Société centrale. — La Société centrale de l'Association générale des médecins de France a tenu sa séance annuelle dimanche dernier, sous la présidence de M. Lannelongue.

Le Président a ouvert la séance par une allocution fort applaudie, dans laquelle il a dit, avec raison, que l'Association générale, dont la prospérité est toujours croissante, n'a rien à craindre des Associations de fondation récente. Celles-ci sont les alliées, non les rivales de leur aînée, et « le champ du bien est assez vaste pour que toutes les bonnes volontés puissent s'y exercer à l'aise ». C'est ainsi que nous avons toujours compris nous-même les rapports entre les différentes associations professionnelles, et nous sommes heureux d'être en communion d'idées avec l'honorable président de la Société centrale.

M. Piogey a résumé les travaux de la commission administrative et payé un tribut de regrets à la mémoire de ceux que la Société a perdus. Quarante-deux admissions nouvelles sont venues combler les vides.

La situation financière, exposée par M. Brun, est à peu près stationnaire. Cela tient surtout à ce que les libéralités s'adressent plus particulièrement à la Caisse générale des pensions viagères. On ne pourrait s'en plaindre que si la Société centrale était impuissante à soulager les infortunes de ses membres; mais elle suffit amplement à sa mission, puisque, sur 19,339 fr. dont elle avait à disposer, elle n'a dépensé que 2,700 fr. pour 5 sociétaires, 4,350 fr. pour 18 veuves de sociétaires, et, étendant sa bienfaisance, a pu donner d'importants secours à 4 médecins, 14 veuves ou filles de médecin, et 12 autres personnes, tous étrangers à l'Association.

La Société centrale a actuellement deux pensionnés. Elle fera une troisième proposition à la prochaine Assemblée générale de l'Association.

La séance s'est terminée par le renouvellement des membres sortants de la Commission administrative.

— LA SECONDE CHAIRE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET L'ENSEIGNEMENT LIBRE DES HÔPITAUX. — On sait que la Faculté de médecine a décidé la transformation de la chaire théorique d'accouchements en chaire clinique, et que le professeur actuel de clinique obstétricale a demandé le transfert de cette chaire à la Maternité. M. Després a vu là un danger d'accaparement, par la Faculté de médecine, c'est-à-dire par l'Etat, d'un enseignement donné par les hôpitaux, et a signalé ce danger au Conseil municipal, qui n'a cessé de songer à la création d'une Faculté municipale de médecine, rêve autrefois caressé par Husson. Après une longue discussion, dans laquelle est intervenu le directeur de l'Assistance publique, qui s'est prononcé avec M. Després pour l'utilité de la concurrence entre l'enseignement de la Faculté ou de l'Etat et celui des hôpitaux, la proposition suivante a été votée à l'unanimité par le Conseil municipal : « L'Administration est formellement invitée à ne prendre aucun engagement avec la Faculté concernant la deuxième clinique d'accouchements, sans avoir soumis la question au Conseil municipal. »

UN SANATORIUM A ARCACHON. — Nous lisons dans le Journal de médecine de Bordeaux que M. le docteur Armaingaud a pris l'initiative de fonder à Arcachon un sanatorium où, à partir du mois de juin prochain, 20 enfants désignés par les médecins des Sociétés de secours mutuels seront reçus et entretenus gratuitement pendant trois mois. Pour subvenir aux frais de cet établissement, M. Armaingaud a imaginé une combinaison fort ingénieuse sur laquelle nous ne pouvons ici nous étendre, mais qui semble avoir obtenu la faveur du public bordelais. Notre confrère, qu'on ne saurait trop féliciter, nous fournit un nouvel exemple de ce que peut l'initiative privée, si active et si puissante en certains pays, si molle encore et si restreinte en France.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

MORT DE M. LE PROFESSEUR BÉCLARD.

Une nouvelle, aussi douloureuse qu'imprévue, circule dans le Paris médical. Le professeur Béclard n'est plus ! Le secrétaire perpétuel de notre Académie de médecine, le doyen de notre Faculté, que nous espérions voir au milieu de nous de longues années encore, a succombé le mercredi 9 courant, aux suites d'un refroidissement intense. Le voyant, depuis douze ans, pour ainsi dire chaque jour, témoin de ses aptitudes variées et de sa bienveillance si connue, nous ne pourrions en ce moment lui consacrer l'article nécrologique qui lui est dû; il nous suffira de rappeler quelques dates. Les hautes fonctions de M. Béclard le mettaient en rapport avec les hommes les plus éminents de la science; des maîtres autorisés ne manqueront pas demain pour rappeler, sur sa tombe, les services de l'homme public, les qualités de l'homme privé.

M. Jules Béclard, fils d'un professeur d'anatomie qui a laissé une brillante renommée, est né à Paris le 17 décembre 1818. Sur les conseils do Ferrus, qui avait épousé Mme veuve Béclard, il parut destiné à poursuivre l'étude de la médecine mentale, et fut interne à la maison de Charenton ; mais, après avoir pris son diplôme de docteur en 1842, cédant à ses goûts naturels pour les recherches scientifiques, autant qu'aux avis des amis de son père, il se livra surtout aux recherches de laboratoire et fut reçu agrégé en physiologie au concours de 1844, nommé le premier. En 1846 et en 1851, il concourut pour la chaire d'anatomie et pour celle d'hygiène, et suppléa dans son temps d'exercice, 1845 à 1859, les professeurs d'anatomie et de physiologie. Le concours étant supprimé, il fit du journalisme, collaborant d'une manière active à la GAZETTE HEBDOMADAIRE et aux ARCHIVES DE MÉDECINE.

Des recherches délicates, des mémoires intéressants sur l'absorption et l'endosmose, l'influence de la lumière sur le développement des animaux et les phénomènes de la nutrition, la contraction musculaire dans ses rapports avec la température ; un *Traité de physiologie* devenu classique, etc., et, par-dessus tout, les brillantes qualités développées dans ses cours officiels et libres le désignèrent au choix de l'Académie de médecine dès février 1862 ; peu de temps après, en juillet de la même année, il remplaçait Ch. Robin, comme secrétaire annuel. L'on sait qu'il dut suppléer, à diverses reprises, Dubois (d'Amiens) tant pour ses rapports de prix que pour ses éloges, et ceux qui suivent de près les travaux de l'Académie ne sauraient oublier le succès qui accueillit les éloges du nouvel orateur. L'éloge, dans la bouche de Dubois (d'Amiens) n'était point de nature à être oublié, mais les auditeurs lui préfèrent bientôt ceux du nouveau secrétaire devenu en 1873 secrétaire perpétuel, à la mort de son redouté prédécesseur.

Les obsèques de notre regretté maître et si bienveillant ami, le professeur Béclard, auront lieu à l'heure de l'apparition de ce numéro. Tous ceux qui l'ont connu l'ont aimé, et ne manqueront pas de lui faire un cortège ému et bien sincèrement affecté.

Dr A. DUREAU.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — La chaire de chimie est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Un congé, du 18 janvier au 15 mars 1887, est accordé, sans traitement, à M. Assaky, agrégé, chargé d'un cours d'anatomie et chef des travaux anatomiques.

M. Demon, agrégé, est chargé en outre, jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie.

M. Demon, agrégé, chargé d'un cours d'anatomie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin du 1er semestre de l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — La liste de présentation des candidats pour la chaire de médecine expérimentale et comparée, vacante par la démission de M. Chauveau, a été dressé ainsi qu'il suit : En première ligne, M. Arloing ; en deuxième ligne, M. Rodet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La liste de présentation des candidats pour les chaires vacantes a été dressée ainsi qu'il suit :

Clinique médicale. — En première ligne, M. Spillmann ; en deuxième ligne, M. Emile Demange.

Clinique obstétricale. — En première ligne, M. Alphonse Herrgott ; en deuxième ligne, M. Remy.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Lenoël, professeur d'accouchements, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Ouillié est nommé préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et de matière médicale, en remplacement de M. Draghi, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 1er août 1887 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative à l'application du décret du 30 juillet 1886, portant création d'un certificat d'études à exiger des aspirants aux grades d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe.

— L'article 1er du décret du 30 juillet 1886 fixe au 1er novembre 1887 l'époque à laquelle le nouveau certificat sera exigible.

Seuls les candidats aux grades d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe qui auront obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat de grammaire complété par l'examen scientifique, conformément à l'article 1er du décret du 1er août 1883, pourront prendre la première inscription sans produire le certificat institué par le décret du 30 juillet dernier.

Afin d'assurer l'effet de ces dispositions transitoires, il sera tenu, en juillet 1887, une session d'examen pour le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial et une session pour le certificat de grammaire complété. Les sessions normales pour le certificat d'études commenceront à la fin de la présente année scolaire.

A partir du 1er novembre 1887, le certificat de grammaire et le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial sont supprimés.

— Le ministre de l'intérieur a décerné, en récompense d'actes de courage et de dévouement accomplis :

1° Des médailles d'honneur à MM. les docteurs M. Berthollet (de Grenoble), Chevallier (de Constantine), Joubert (de Duperré); 2° des mentions honorables à M. A. Azonlay et Mohamed ben Youssef, internes en médecine à Mustapha.

— Un concours pour la nomination d'un professeur adjoint au cours départemental d'accouchement à la Rochelle aura lieu dans cette ville du 15 au 20 mai prochain.

Pour le programme, s'adresser aux préfectures et sous-préfectures de la Charente-Inférieure.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 30 JANVIER AU SAMEDI 5 FÉVR. 1887
Fièvre typhoïde 16.—Variole 2.— Rougeole 42 — Scarlatine 4. — Coqueluche 13 — Dipthérie, croup, 34 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 215.— Autres tuberculoses 24. — Tumeurs : Cancéreuses 32. — Autres 4. — Méningite 38. — Congestion et hémorr. cérébr. 50. — Paralysie 5. — Ramollissement cérébral 11.— Maladies organiques du cœur 68.—Bronchite aiguë 40. — Bronchite chronique 66. — Broncho-pneumonie 28. — Pneumonie 75. — Gastro-entérite : Sein 39. — Biberon 38. — Autres 12.— Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 29. — Sénilité 39. — Suicides 13. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort 197. — Causes inconnues 16. — Total de la semaine: 1.170 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Transactions of the Academy of medicine in Ireland, vol. IV, edited by W. Thomson, secrétaire général, chirurgien à l'hôpital Richmond. — Dublin, Fannin.

De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où dominent les desquammations épithéliales et en particulier du choléra asiatique, par le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie française. Un volume in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 8 19 FÉVRIER 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 25, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

I. ROSÉOLE MACULEUSE SYPHILITIQUE. — II. PSORIASIS GUTTATA. — III. MANIFESTATIONS CUTANÉES DU BROMISME. — IV ET V. DEUX CAS D'ICHTHYOSE. — VI. PSORIASIS DES ORGANES GÉNITAUX. — Conférence de M. le docteur E. BESNIER à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

I. Une femme présente une éruption cutanée d'aspect varié, des taches diffuses, ressemblant à des macules, mais disparaissant sous la pression du doigt. Cette éruption appartient à la série des roséoles.

Il y a deux espèces de roséoles : les roséoles simples et les roséoles spécifiques ; celle-ci appartient à l'espèce des roséoles spécifiques, c'est une roséole syphilitique.

D'autre part, au milieu de ces taches, on voit d'autres éléments en saillies peu élevées, larges, papuliformes, nombreux surtout à la région du cou. C'est la première période d'évolution des plaques syphilitiques. Même éruption sur le ventre et à la région anale.

A la nuque, nous trouvons aussi une adénopathie caractéristique. Cette malade est atteinte d'une roséole maculeuse syphilitique.

Elle a eu un chancre des organes génitaux, il y a 40 à 50 jours. Après le chancre, il y a une période de silence qui est en moyenne de 45 jours, mais qui peut être de 50 à 60 jours. Pendant cette période se fait la germination de l'élément syphilitique, encore inconnu, dans le système lymphatique.

Pendant cette période, il serait possible d'agir sur la maladie, et c'est de ce côté que doivent porter les recherches. Elles présentent des difficultés : en premier lieu, parce que le bacille de la syphilis n'est pas connu, et, en second lieu, parce que les expériences ne sont pas possibles, aucun animal ne pouvant être inoculé. Les essais qui ont été faits sur des singes n'ont aucune valeur. Si la syphilis était inoculable aux animaux, il y a longtemps qu'on aurait pu la constater. La syphilis est une maladie essentiellement humaine.

Quand l'élément syphilitique est parvenu dans le sang, il y a infection sanguine ; alors il se produit une altération de la santé, une imprégnation des viscères, laquelle se traduit surtout par une augmentation de volume de la rate.

Puis apparaît la roséole. Nous sommes ici, avec cette malade, à la période d'infection complète.

Chez certains sujets, et en particulier chez les femmes, l'élément primitif, le chancre, est si peu de chose, qu'il passe souvent inaperçu. Il faut attendre la roséole pour commencer le traitement. Si on le commence tout de suite, et si le malade est dans de bonnes conditions d'hygiène, il est possible qu'il ne se produise aucune manifestation syphilitique, ou bien on les empêche de se produire, ou bien on les retarde.

Le mercure stérilise pendant un certain temps l'infection syphilitique, mais il faut bien savoir qu'il n'y a aucun agen-

FEUILLETON

NOTICE SUR LA VIE ET LES TRAVAUX DU PROFESSEUR BOUISSON (de Montpellier), lue à la Société de chirurgie par M. le docteur CHAUVEL, secrétaire général.

Suite. — Voir les numéros 6 et 7.

Contrairement à ce qu'on eût pu attendre de la nature de son esprit et de ses aptitudes, Bouisson, négligeant les grands problèmes de la pathologie générale, semble se complaire à élucider quelques points limités de la chirurgie. Si son mémoire sur l'insuffisance des humeurs de l'œil nous étonne comme une œuvre d'imagination pure, il a le mérite d'avoir reconnu le premier, en France, l'ophthalmie pseudo-membraneuse et d'en avoir donné une description modèle. Son procédé de rhinoplastie latérale réalise l'heureuse idée de prendre les portions saines des fibro cartilages pour support du bord supérieur des lambeaux empruntés à la joue, et d'assurer ainsi la régularité et la solidité du contour de la narine réformée.

Aux variétés connues du bec-de-lièvre, Bouisson ajoute quelques formes nouvelles; mais peut-être multiplie-t-il un peu inutilement les degrés de malformations fissurales des lèvres. Voyant la réunion des parties se faire par l'accolement des bourgeons charnus, après éc ec de la suture, il se demande, généralisant le fait, si la cautérisation graduée ne serait pas applicable, dans certains cas, à la cure de telles lésions. L'idée a fait son chemin.

Une affection plus commune des lèvres et de la bouche, le cancroïde, l'épithélioma, nous vaut un violent réquisitoire contre le tabac, contre cette herbe fétide qui a conquis le monde, disait Michel Lévy, et ne l'a pas encore perdu. Sur 72 cas aujourd'hui, plus tard sur 213, Bouisson ne compte que des hommes, que des fumeurs incorrigibles. Sans doute il exagère ; mais de combien ? Je suis de ceux qui lui donnent raison et pensent comme lui, qu'une irritation répétée est souvent la cause première du développement de l'épithélioma.

La suture implantée pour les plaies de l'intestin n'est pas, que nous sachions, sortie de la période expérimentale. Nous pouvons dire aussi du trois-quarts kélectome et de la fronde élastique pour les fractures du maxillaire inférieur ; nous avons mieux aujour-

chimique pouvant détruire le bacille. Il n'y a pas utilité à faire un traitement violent; on possède, dans le mercure, un médicament précieux pouvant, à petites doses, stériliser un syphilitique; mais il lui faut rester deux, trois et quatre ans, en imprégnation mercurielle.

Faut-il continuer pendant tout ce temps? L'intolérance s'y oppose.

Toutes les fois qu'un individu a absorbé du mercure, à quelque dose que ce soit, et tant qu'on le retrouve dans les urines ou la salive, il est en imprégnation. C'est en vertu de ce principe qu'on a fait des injections sous-cutanées de calomel. On injecte 0,10 centigrammes de calomel incorporé à de la vaseline pure liquide.

Ces injections mettent assez de mercure dans l'organisme pour stériliser pendant plusieurs semaines et mois. Mais elles produisent des accidents locaux, surtout chez les femmes; presque toutes les femmes auxquelles nous les avons faites ont eu des accidents, tandis que nous n'en avons pas eu chez les hommes.

Nous faisons des essais avec l'oxyde jaune de mercure :

Eau	30 grammes.
Gomme adragante	0,30 centigr.
Oxyde jaune de mercure.	1 gramme.

On injecte 0,04 centigr. d'oxyde jaune; l'injection est un peu douloureuse, tandis que celle avec le calomel ne l'est nullement.

Il faut faire une ou deux injections tous les dix jours jusqu'à présence du mercure dans l'urine.

On peut estimer que 0,40 centigr. de calomel et 0,25 centigr. d'oxyde rouge de mercure suffisent pour les premiers mois.

Il faut modifier le point de vue auquel on envisage le traitement de la syphilis, ne pas chercher à guérir l'infection, mais chercher à la stériliser pour empêcher les accidents.

II. Une femme présente à la figure, aux sourcils et aux joues une desquamation superficielle dont l'examen ne permet pas à lui seul de faire le diagnostic. Ce peut n'être qu'une dermite superficielle sans importance ou bien un eczéma, ou encore de la séborrhée, du psoriasis.

Il faut chercher sur d'autres régions du corps. A la paume des mains, on rencontre la même difficulté, car le lavage et le travail y modifient les lésions cutanées.

En examinant les autres régions du corps, la lésion est nette; on y voit des plaques blanchâtres, en saillie, qui sont des plaques de psoriasis.

Quel est ce psoriasis? Les lésions sont disséminées, ce son de petites taches; c'est un psoriasis guttata, c'est-à-dire récemment développé, psoriasis aigu; la maladie date de quatre mois.

Elle s'est développée sans cause connue; aucun des parents n'a eu une affection semblable.

Bien souvent, les malades demandent : Puis-je me marier sans craindre d'avoir des enfants atteints du même mal? On ne peut répondre que : *peut-être*. Le psoriasis n'est pas absolument héréditaire; sur six enfants, on n'en voit souvent que un ou deux hériter de la maladie.

En ce qui concerne le traitement, il n'y a pas d'agent stérilisant de cette maladie.

On peut la traiter par tous les goudrons (huile de cade, etc.), mais ils ont un inconvénient, c'est leur odeur.

Le naphtol est utile chez les sujets jeunes, à peau fine, dans la proportion de 10 pour 100. On fait le soir une friction avec une flanelle enduite de pommade; le malade doit coucher avec une chemise de flanelle qui servira pour la suite du traitement. Le lendemain matin, on fera un savonnage et on saupoudrera le corps avec de la poudre d'amidon. Au bout de deux semaines, les plaques doivent être modifiées, sinon il ne faut pas insister.

Il y a ensuite l'acide pyrogallique, qui est un agent plus énergique et qu'il ne faut manier qu'avec prudence.

Il peut produire des accidents locaux et généraux : irritation rénale, hématurie, diarrhée; mais c'est l'exception.

Pour éviter ces accidents, il est utile de frictionner le corps par sections; c'est plus long, mais plus prudent.

On emploie l'acide pyrogallique dans la proportion de 5 pour 100, et même de 10 pour 100, s'il est bien toléré.

Il faut recommander au malade de surveiller son urine, et de prévenir si elle prend une teinte noire ou verdâtre.

Il faut surveiller aussi l'action sur la peau.

(A suivre.)

---

d'hui. Tout au contraire le procédé de Bouisson pour la ligature de l'artère fessière est resté classique, bien que ses indications n'aient peut-être pas toute la précision désirable. C'est qu'en substituant la section des faisceaux musculaires à leur simple écartement, il livrait au chirurgien une voie suffisante pour la recherche toujours délicate de ce vaisseau profondément caché.

Bouisson s'est toujours occupé avec une évidente prédilection des affections des voies urinaires. Conduit, dans un cas de calcul vésical compliqué de rétrécissement de l'urèthre et de fistule périnéale, à dilater le trajet fistuleux pour passer le lithotriteur et broyer la pierre dans la vessie, il saisit immédiatement tout l'intérêt de cette façon d'agir. S'il n'y a pas de fistule, pourquoi ne pas créer par la boutonnière, par la taille, un canal artificiel plus direct et plus court?

Ce sera la *lithotritie périnéale*, car le mot lui appartient aussi bien que la chose. Et, poursuivant cette idée, il tente de remettre en honneur la cystotomie la plus simple, la moins meurtrière, la taille médiane de Jean des Romains, des Collot et de Mareschal. Cette méthode presque oubliée, il la perfectionne, il la fait sienne, et, s'appuyant sur de nombreux succès, il l'adopte, combinée avec le broiement, l'éclatement pour les calculs volumineux, comme la seule façon rationnelle d'ouvrir le réservoir urinaire. Hélas! les progrès de la lithotritie par les voies naturelles ont singulièrement rétréci chez nous les indications de la taille, et la lithotritie périnéale, reprise et modifiée, je n'ose dire améliorée, par Dolbeau, a presque disparu de la pratique. La taille médiane ou para-raphéale, au contraire, conserve ses indications chez les enfants pour les petits et les moyens calculs.

Maniant le bistouri avec dextérité, le professeur de Montpellier s'en servait pour diviser la prostate dans son procédé de cystotomie. Il le préconise également pour l'amputation de la verge. Quand l'affection qui nécessite cette opération remonte jusqu'à la racine de l'organe, Delpech, dès 1832, après lui Lallemand (1844), dédoublent les bourses pour permettre au jet de l'urine de ne pas souiller les parties. Bouisson décrit avec un soin minutieux cette modification sous le nom de « procédé des chirurgiens de Montpellier. »

Les accidents que l'on veut ainsi éviter se retrouvent plus prononcés encore dans les degrés avancés de l'hypospadias, et si la chirurgie parvient dans certains cas à réparer les erreurs de la

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Phlébites puerpérales des veines utéro-ovariennes, rénales, cave, hypogastriques et fémorales, avec propagation du processus inflammatoire des veines aux artères rénales, puis a l'aorte, et enfin obstruction des artères iliaques et fémorales avec début de gangrène aux deux jambes, par M. Lancereaux.

C. G..., journalière, âgée de 22 ans, mère de deux enfants, l'un de 5 et l'autre de 4 ans, est accouchée de nouveau le 20 novembre dernier d'un enfant à terme. L'accouchement fut normal. Malheureusement, cette pauvre femme eut l'imprudence de se lever quatre jours plus tard, et, dès le lendemain, elle s'apercevait de l'existence à la jambe gauche d'un œdème qui ne tarda pas à se généraliser. Admise dans notre service à l'hôpital de la Pitié, le 2 décembre 1886, cette malade, forte et bien constituée, se fait remarquer par une pâleur générale des téguments. La jambe gauche, d'un volume double du volume normal, repose sur sa face externe, légèrement fléchie sur la cuisse, et se trouve dans un état d'impotence fonctionnelle absolue. Elle est le siège d'un œdème blanc qui se laisse facilement déprimer; pas une veinule ne sillonne la surface cutanée. Aucune douleur spontanée n'est ressentie dans ce membre, mais le poids des couvertures et la moindre pression y provoquent des douleurs vives, superficielles, surtout au niveau du mollet; douleur profonde dans les fosses iliaques. L'utérus est volumineux; il dépasse le pubis de quatre à cinq travers de doigt; il est douloureux à la pression, et la malade accuse de la souffrance dans les fosses iliaques. Les organes de l'abdomen, à part l'utérus, n'offrent aucun désordre; c'est à peine si les urines sont diminuées, car la malade a rendu dans les vingt-quatre heures 1,300 grammes d'une urine acide, d'une densité de 1018, ne contenant ni sucre ni albumine. Le cœur est intact; la malade ne tousse pas, n'accuse aucune dyspnée, et d'ailleurs la respiration est pure à l'auscultation.

(Repos absolu, recommandation de donner à la malade un bassin plat, enveloppement des membres par de la ouate, injections vaginales au sublimé, extrait de quinquina.)

Le 5 décembre, la jambe droite s'œdématie à son tour: d'abord à sa partie inférieure, puis dans toute son étendue; elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée, mais la pression au niveau du mollet est pénible. La malade parvient encore à déplacer ce membre; au bout de quelques jours, cela lui devient impossible. Il se produit enfin un œdème de la paroi abdominale (partie inférieure) et de la grande lèvre du côté gauche qui nous conduit à diagnostiquer l'obstruction de la veine hypogastrique correspondante et de la veine cave.

La température axillaire est de 38°,8 le matin et de 39° le soir.

8 décembre.—La malade est très affaissée; elle continue d'avoir une température qui oscille entre 38°,5 et 39°,5 (sulfate de quinine).

12 décembre. — Les deux jambes sont également volumineuses; vomissements alimentaires et bilieux peu de temps après le repas, un quart de litre. Le 15, toux légère, rien d'appréciable à l'auscultation. Le 19, l'affaissement est très grand; diarrhée profuse depuis la veille. (Thé léger, potion avec rhum, teinture de cannelle et laudanum.)

25 décembre.—L'œdème persiste; la peau des jambes est éraillée. Absence de douleurs; affaissement persistant (malgré la cessation à peu près complète de la diarrhée. (Régime lacté exclusif.)

Le 2 janvier 1887, la malade est prise de nouveaux vomissements à la suite de ses repas; les matières vomies sont légèrement verdâtres, aqueuses et peu abondantes. Ces caractères nous portent à penser que les reins sont affectés. Les urines d'ailleurs sont troubles, colorées, un peu verdâtres, diminuées de quantité (600 gr. dans les vingt-quatre heures); elles renferment une petite quantité d'albumine (lavement, purgatif). Le 6 janvier, vomissement et diarrhée; la toux est plus fréquente. Il existe de la dyspnée, et l'auscultation fait percevoir l'existence d'un souffle doux à la base du côté gauche. Ce souffle est considéré comme l'effet d'un point pneumonique produit par une embolie pulmonaire.

La température d'ailleurs tend à dépasser 39° le soir. (L'emploi du sulfate de quinine, abandonné, est repris.)

Le 12 janvier, l'affaiblissement est de plus en plus marqué; les urines rares, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, donnent lieu à un précipité abondant. Le 13 janvier au matin, la malade se plaint d'éprouver dans les deux jambes des douleurs extrêmement vives qui se faisaient déjà sentir depuis quelques jours. Le tégument de ces membres n'est plus seulement pâle, mais livide; il présente çà et là des plaques irrégulières, d'un rouge violacé. La température y est manifestement abaissée, et la sensibilité, presque totalement éteinte au niveau des pieds, se trouve exagérée à trois ou quatre travers de doigt au-dessus des malléoles, ce qui, joint à l'état d'asphyxie des jambes, nous conduit à soupçonner l'existence d'une oblitération des deux artères fémorales. D'ailleurs, aucun battement n'est perçu par les doigts appliqués sur ces artères. (Enveloppement des membres par de la ouate, cruchon d'eau chaude; thé, rhum et quinquina.)

Le 14, les plaques violacées des jambes ne s'effacent aucunement par la pression; à gauche, elles s'étendent même sur la face interne de la cuisse; quelques-unes sont déjà surmontées de phlyc-

---

nature, ce n'est pas, ici du moins, sans de grandes difficultés. Patience du malade, habileté du chirurgien, constance de tous les deux, ne sont pas de trop pour arriver au but.

Le détachement des adhérences scrotales, la section de la bride uréthrale, la division avec le ténotome de l'enveloppe et de la cloison des corps caverneux remédient à l'incurvation de la verge, mais pour fermer la gouttière pénienne, pour refaire un canal, il faut, de nécessité, recourir à l'uréthroplastie. Le lambeau scrotal redoublé de Bouisson remplit-il convenablement le but? Très étroit et très long, il est trop exposé à la gangrène, et l'insuccès qui suivit la tentative de l'auteur se reproduirait presque forcément si quelque chirurgien l'utilisait de nouveau. Nos collègues, M. Théophile Anger, M. Duplay, nous ont appris à mieux faire, ce qui n'enlève rien au mérite du maître de Montpellier.

Pour compléter une traduction du livre de Curling, que celle du professeur Gosselin empêcha de voir le jour, Bouisson avait écrit sur l'orchite rhumatismale, sur l'affection tuberculeuse du testicule, sur l'hématocèle, ses variétés et son traitement, de véritables monographies. La décortication parcellaire, broiement des caillots, faite avec un long stylet par la canule du trocart, qu'il conseille dans les cas moyens de cette dernière affection, expose à une suppuration gangréneuse; elle ne fut pas acceptée.

Dans le parallèle de Delpech et de Dupuytren, prononcé à l'ouverture de son cours de pathologie en 1841, Bouisson, malgré ses prétentions à l'équité, diminue volontiers, pour surélever son premier maître, le mérite du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. La postérité, plus juste, a fait à chacun d'eux sa part, et celle de Dupuytren n'est certes pas la moindre; mais la vénération du disciple nuisait chez le jeune professeur à l'impartialité du juge. Il n'avait alors que 28 ans, et dans ces pages éloquentes, à côté de son amour pour la science, on voit percer déjà des rêves d'ambition et de gloire, des aspirations aux fonctions publiques, aux plus hautes dignités de l'État. L'autorité, dit-il, est la couronne de la vieillesse.

Correspondant de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, dont il devint plus tard l'associé national, Bouisson est nommé en 1863 correspondant de l'Institut, Académie des sciences.

Le 12 août 1864, il est fait officier de la Légion d'honneur. Ses publications continuent. En 1863, mémoire sur le sarcocèle et

tènes. La température, très abaissée au niveau de ces plaques, s'élève un peu plus haut. Les douleurs spontanées sont peu intenses; mais, sur certains points, la pression est très douloureuse. L'affaiblissement progresse, les urines et les matières fécales sont rendues involontairement. La température axillaire est descendue au-dessous de 38o. Les traits du visage et les yeux sont profondément altérés.

Le 15 janvier, la malade, dont l'état était peu changé depuis la veille, avait, à huit heures du matin, une température de 37o,5. A dix heures, au moment de notre passage, elle rendait le dernier soupir sans avoir proféré la moindre plainte.

AUTOPSIE.—Les parois de l'abdomen sont très épaisses. Le tissu cellulaire sous-cutané, infiltré de graisse et de sérosité, mesure 4 centimètres.

La cavité abdominale ne contient pas de liquide.

Le péritoine ne présente rien de particulier.

Le *foie* reste caché sous les fausses côtes Il pèse 1,380 grammes. Il est lisse, pâle, absolument décoloré. A la coupe, son tissu est très pâle. Les lobules sont distincts et ne présentent pas de lésions appréciables à l'œil nu. La vésicule biliaire est remplie d'une bile jaune.

La *rate* a un volume ordinaire; elle pèse 160 grammes.

Le *pancréas*, un peu pâle, de volume normal, offre un aspect lardacé et une consistance onctueuse; il se casse facilement. Sa surface de section est blanche, uniforme; ses lobules sont confondus et comme fusionnés.

L'intestin n'offre aucune lésion particulière; quelques-uns des ramuscules de la veine-porte sont remplis de sang.

L'estomac est pâle, décoloré; sa surface interne, non ulcérée, est recouverte d'une légère couche de mucus jaunâtre.

Le *cœur*, décoloré comme les autres organes, pèse 320 grammes. Ses valvules sont saines. Le ventricule droit contient un caillot fibrineux qui se continue jusque dans l'artère pulmonaire et se moule sur les valvules de ce vaisseau.

Le poumon droit est le siège d'adhérences anciennes, sans tuberculose, et d'ailleurs a peu près intact, à part un léger œdème à sa base.

Le *poumon gauche* adhère à la plèvre sur une grande partie de son étendue Le sommet seul est libre d'adhérences. Le lobe inférieur est dur, épaissi, comme hépatisé.

Plusieurs des branches de l'artère pulmonaire, à l'exception de celles qui se rendent au lobe supérieur, sont oblitérées par des caillots volumineux qui les bouchent presque complètement. Ces caillots sont cylindriques, moulés sur le canal qui les renferme, et présentent une extrémité libre assez régulièrement arrondie, en rapport avec le courant sanguin. Leur partie terminale est composée de ramifications qui obstruent la plupart des branches artérielles du lobe inférieur, car on peut les suivre jusqu'au niveau des bords de ce lobe. Le bouchon principal et ses ramifications, formés surtout de globules blancs, se font remarquer par une coloration blanche, une consistance assez ferme et par des adhérences à la tunique interne de l'artère. Vers son centre, le lobe inférieur offre, dans une étendue de plusieurs centimètres, une hépatisation rouge-grisâtre, qui a ramolli son parenchyme sans le détruire. Ce point d'hépatisation, qui pendant la vie s'était révélé par un souffle doux, se trouve traversé par un bouchon embolique.

Les bronches sont normales; toutefois, à leur surface, il existe une petite quantité de mucus.

L'utérus est resté volumineux, car il remplit en partie l'excavation pelvienne; il est assez ferme et ne contient aucun abcès, mais les sinus utérins sont dilatés et obstrués par des caillots blanchâtres et très fermes. Quant aux veines qui en émanent, elles se présentent sous forme de cordons solides et cylindriques formés par des bouchons du même genre. Ces bouchons se continuent d'ailleurs: d'une part, dans la veine hypogastrique; d'autre part, dans les veines utéro-ovariennes. Les troncs des veines hypogastriques sont obstrués, et, de plus, ceux des iliaques externes et des fémorales; puis, enfin, ceux des iliaques primitives et de la veine-cave jusqu'au diaphragme.

Les troncs formés par les veines utéro-ovariennes se trouvent également bourrées de caillots jusqu'à leur terminaison dans les veines rénales; ces dernières le sont également, et jusque dans leurs ramifications. Le caillot qui obstrue le tronc de ces vaisseaux se continue avec celui de la veine-cave.

Les reins ont un volume normal; le gauche est un peu plus gros que le droit. Leur coloration est d'un brun jaunâtre; leur consistance est ferme, et nulle part il n'existe d'abcès.

Les branches et les troncs des artères renales sont à leur tour obstrués par des caillots blanchâtres, et ces caillots se continuent de chaque côté jusque dans l'aorte; mais, tandis que celui de droite se termine par un bouchon cylindrique d'une étendue de 2 centimètres, celui de gauche descend le long de la paroi de l'aorte et forme un bouchon qui remplit près de la moitié de ce vaisseau, dans une étendue de 6 centimètres. Ce bouchon se relie en bas à un caillot du même genre qui obstrue la partie inférieure de l'aorte, et se continue dans les veines iliaques primitives, hypogastriques, iliaques externes et fémorales; les bouchons de ces dernières ont une coloration brune, preuve manifeste qu'ils sont accessoires et secondaires par rapport à ceux de l'aorte.

En somme, la lésion a commencé dans les sinus utérins; elle s'est propagée par les veines utéro-ovariennes jusqu'aux veines rénales, et de ces vaisseaux aux artères rénales, soit par contact et

---

l'ophtalmie par le soufrage des vignes; en 1864, étude sur la rhinoplastie partielle par double plan de lambeaux; en 1867, sur la réunion immédiate dans l'opération de la taille; enfin, en 1869, intéressant travail sur l'amputation du pavillon de l'oreille, ses indications, ses procédés, sa valeur.

Doyen de la Faculté de Montpellier en 1868, Bouisson, dont la santé déjà s'altère, abandonne la clinique et quitte l'hôpital; mais ne voulant à aucun prix renoncer à l'enseignement, il prend des mains du professeur Moutet la chaire de médecine opératoire. Fort d'une longue expérience et d'une érudition peu commune, doué d'une mémoire prodigieuse et d'un véritable talent de parole, il ne s'abandonne pas cependant aux hasards de l'improvisation. Il travaille le jour, il travaille la nuit encore, pour se tenir au courant de cette chirurgie nouvelle, entreprenante, audacieuse, qu'il n'accepte pas pour lui-même, mais qu'il a le devoir d'enseigner à ses auditeurs.

(A suivre).

OFFICIAT DE SANTÉ. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Le décret du 1er août 1883, relatif aux conditions d'études des officiers de santé, a été rendu exécutoire a dater du 1er novembre de la même année pour les étudiants qui ont pris, à cette époque, la première inscription d'officiat.

« D'après cette inscription, l'article 7 du même décret, qui décide que la session d'avril est exclusivement réservée aux candidats ajournés à la session d'août précédente, ne sera applicable aux étudiants du nouveau régime, qui doivent justifier de 16 inscriptions, qu'à dater de la session d'avril 1888; il en sera de même pour les autres étudiants qui ont commencé leurs études sous un régime qui n'apportait aucune restriction au droit de se présenter à la session d'avril. »

— Par décrets en date du 10 février 1887, ont été nommés :

Professeur de médecine expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Lyon, M. Arloing, agrégé, docteur ès sciences et professeur de physiologie à ladite Faculté.

Professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, M. Guignard, docteur ès sciences, pharmacien de première classe.

voisinage, soit par l'intermédiaire des capillaires du rein ; puis des artères rénales, le processus inflammatoire a gagné l'aorte et s'est étendu dans ce vaisseau de haut en bas, c'est-à-dire suivant le courant sanguin, circonstance favorable à l'hypothèse d'un agent infectieux ou microbien.

Ce fait est donc des plus remarquables, tant parce qu'il rend cette hypothèse vraisemblable, que parce qu'il est une preuve de la propagation de certaines lésions inflammatoires des veines aux artères. Il conduit à se demander en outre, si, dans certains cas de gangrène dite consécutive à des thromboses ou à des phlébites des membres inférieurs, il ne s'agissait pas, comme ici, d'un processus inflammatoire propagé des veines aux artères.

REVUE SPÉCIALE

SYPHILIGRAPHIE

(Suite et fin. — Voir les numéros 6 et 7.)

XIII. M. Menut a consacré sa thèse à l'exposition des recherches si bien conduites par M. Straus sur la virulence des bubons qui accompagnent le chancre mou (1). Depuis les travaux de Ricord, tout le monde s'accordait à considérer le chancre comme une affection fréquemment accompagnée de bubon de même nature que le chancre, c'est-à-dire de bubon virulent, tout en reconnaissant que le chancre mou peut aussi donner naissance à une adénite non spécifique, simplement inflammatoire. Ces notions avaient été considérablement battues en brèche par les recherches nouvelles de M. Straus, qui, sur 42 cas pris indistinctement, n'avait pu rencontrer un seul cas de bubon chancreux ; de nouvelles expériences ont été entreprises, mais elles n'ont pu confirmer entièrement les premières, et il faut reconnaître que si la virulence du bubon, au moment de son ouverture, est un fait extrêmement rare, elle n'en existe pas moins. M. Menut a donc pu conclure que de nombreux faits observés par différents auteurs montrent la possibilité de l'inoculation du bubon après son ouverture par du pus virulent et venu de l'extérieur. La rareté de l'inoculabilité du pus du bubon au moment de son ouverture viendrait à l'appui de la théorie nouvelle qui peut seule en rendre compte d'une façon satisfaisante. D'ailleurs, les objections diverses que soulève cette théorie ne sont pas à beaucoup près assez concluantes pour l'infirmer. Les faits observés suivant les règles de l'expérimentation rigoureuse montrent que, sur un total de 118 bubons, 6 seulement ont été inoculables au moment de l'ouverture, et 5 quelques jours après. Le bubon originellement virulent existe donc, mais seulement dans la proportion de 1/20 d'après les statistiques les plus récentes. De cette notion de la virulence originelle du bubon, si rare soit-elle, il s'ensuit comme conséquence thérapeutique très importante, que les chirurgiens doivent soustraire le bubon à toutes les causes possibles d'inoculation.

XIV. La syphilis, d'après M. Albert Robin, aurait sur l'oreille interne une prédilection marquée. L'affection qu'elle produit serait caractérisée par une surdité qui survient et croît rapidement, et qui s'accompagne de vertige, de nausées et d'incertitudes de la marche. Politzer donne comme caractéristique des lésions syphilitiques du labyrinthe, la diminution ou la disparition rapide de l'audition par les os du crâne. Les lésions sont ordinairement localisées dans le labyrinthe, mais parfois elles sont précédées ou accompagnées d'un catarrhe de la caisse. Cette syphilis du labyrinthe serait une des manifestations tardives de la syphilis héréditaire et coïnciderait souvent avec une kératite parenchymateuse. Mais dans un très grand nombre de cas il est très difficile de déterminer si le vertige ou les accidents cérébraux (troubles intellectuels, céphalalgie, etc.) proviennent d'une lésion centrale ou labyrinthique.

M. G. Jégu a cherché à recueillir et à grouper les matériaux qui pourraient favoriser et hâter la solution de ce problème dont M. Robin n'a pu qu'indiquer les termes dans sa thèse d'agrégation (*Sur les affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif*).

Le travail fort bien conduit de M. Jégu s'appuie sur 58 observations (1). La syphilis peut étendre son ravage aussi bien sur l'oreille externe (les syphilides du pavillon, les gommes dans le conduit auditif, ne sont pas rares) que sur l'oreille moyenne (syphilide pharyngienne, otite suppurée de la caisse du tympan, gomme naso-pharyngienne) et jusque sur l'oreille interne (soit par des lésions directes, soit par propagation des lésions de l'oreille moyenne, soit par des lésions centrales, soit encore par des manifestations nerveuses centrales avec retentissement sur le nerf auditif).

Mais c'est surtout dans la syphilis héréditaire que les lésions de l'oreille acquièrent de l'importance. Ainsi que J. Hutchinson l'avait déjà démontré (2) les accidents auriculaires constituent, en effet, après les malformations dentaires et les inflammations oculaires, le signe le plus constant de la syphilis héréditaire tardive. Ils sont produits par le voisinage de lésions pharyngées ou par lésion directe.

Comme dans la syphilis acquise, les gommes et les ulcérations naso-pharyngiennes peuvent retentir, par propagation, sur l'oreille moyenne et déterminer une otite moyenne simple, qui, en dehors de son mode de développement, ne présente rien de spécial. Quant aux accidents primitifs par lésion directe, ce sont l'otite moyenne suppurée et la surdité profonde. L'otite moyenne suppurée de la syphilis héréditaire apparaît surtout dans la seconde enfance. Elle s'établit sans douleur, sans phénomène d'acuité ; l'absence de douleur, sans être absolument caractéristique, est un signe diagnostique d'une certaine valeur. La marche de l'otorrhée est variable, tantôt guérissant en quelques semaines, tantôt persistant pendant des années et s'accompagnant de lésions graves de la caisse et du tympan pour aboutir à la surdité. La surdité profonde, surdité hérédo-syphilitique, apparaît généralement aux approches de la puberté.

Elle éclate brusquement en l'absence de lésions de l'oreille externe et moyenne, souvent consécutive à une kératite parenchymateuse. Le début de son invasion peut être marqué par des vertiges, des tintements d'oreille, des bruits musi-

(1) Paris, 1885.

(1) *De la syphilis de l'oreille*, état actuel de nos connaissances. — Paris, Jacques Lechevalier, in-8 de 140 pages.

(2) Consulter le livre original et très important du chirurgien de Londres, si bien traduit en français par le Dr Hermet, sous ce titre : *Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la Syphilis héréditaire*, avec préface du professeur A. Fournier. — Paris, in-8°, 1884 ; Delahaye et Lecrosnier, édit.

caux. La surdité est bilatérale. La bilatérabilité est tantôt simultanée, tantôt successive. La nature des lésions n'est pas déterminée. Si Hutchinson tend à admettre une lésion du nerf auditif ou de ses ramifications dans le labyrinthe, Kipp voit, dans la bilatéralité des accidents, le signe d'une lésion du plancher du quatrième ventricule. Le pronostic est grave. Le traitement spécifique, efficace dans la kératite parenchymateuse, ne guérit pas la surdité hérédo-syphilitique.

XV. Je termine par où j'aurais dû peut-être commencer, en annonçant plutôt qu'en cherchant à analyser le livre de M. P. Diday intitulé : *La pratique des maladies vénériennes* (1). On trouvera, en effet, dans ce volume, depuis l'alpha jusqu'à l'oméga, indiquées au moins, sinon traitées et résolues, avec toute l'autorité d'un maître, d'un homme qui depuis 50 ans a fait de ces maladies l'objet constant de ses études et de ses recherches, on y trouvera, dis-je, à peu près toutes les questions examinées isolément dans les travaux que nous venons de signaler à l'attention du public médical. Ce livre est un guide, un guide sûr, et si la voie reste ouverte aux chercheurs pour arriver à élucider bien des points de l'étude des maladies vénériennes, le praticien à qui l'on vient demander non des spéculations scientifiques mais des conseils sur le traitement à suivre pour faire disparaître des affections ou des accidents d'origine vénérienne, sera heureux d'avoir sous sa main, pour la diriger, l'excellent ouvrage du docteur Diday. Il aura avec lui la loi, sinon les prophètes.

XVI. Je croyais en avoir fini avec M. Diday ; mais je me trompais, un nouveau livre se présente à nous signé, il est vrai d'un second nom. Il s'agit de l'ouvrage que MM. Diday et Doyon viennent de publier en commun sur *les herpès génitaux* (1). M. Doyon avait déjà et depuis longtemps (en 1868) fait paraître une brochure remarquée sur *l'herpès récidivant des parties génitales.* Aujourd'hui, en collaboration avec M. Diday, il reprend à nouveau la question en élargissant considérablement les limites. Et au lieu d'un herpès génital nous avons l'histoire des herpès génitaux. Cette substitution du pluriel au singulier, je l'approuve hautement, car s'il est un terme dont on ait le plus abusé peut-être en dermatologie, c'est bien le mot herpès. Appliqué tantôt à des manifestations purement locales (zona, angine herpétique), tantôt à de vraies maladies générales (fièvre herpétique, pneumonie herpétique) et même à une prétendue diathèse (diathèse herpétique de Bazin), tantôt à des maladies de cause interne (herpès labialis, nasalis, etc.), tantôt à des maladies parasitaires (herpès tonsurant). Quelle logomachie, grand Dieu ! Et combien l'on a raison de dire les herpès et non l'herpès. Et je n'ai pas encore parlé des formes, pas plus de l'herpès phlycténoïde que de l'herpès névralgique ou de cette variété récemment décrite par un ancien interne des hôpitaux de Lyon, M. Bruneau, sous le nom d'herpès diphthéroïde.

L'ouvrage de MM. Diday et Doyon vise à mettre l'ordre là où régnait jusqu'ici le désordre. Malheureusement le sujet reste localisé aux organes génitaux. Et bien que j'eusse quelques objections de détail à adresser à certaines propositions de ce livre qui fait le plus grand honneur aux deux signataires, je m'abstiens pour aujourd'hui, car je m'aperçois que je termine une revue de syphiligraphie, et l'herpès, si génital soit-il, serait plutôt simplement vénérien. Une occasion nouvelle de reparler de ce volume ne saurait me manquer. Je le quitte donc aujourd'hui, quoique à regret.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(1). Un vol. petit in-8° de 560 pages. — Paris, Asselin et Houzeau, 1886.

(1) Un volume in-8 de 367 pages. Paris, 1886. G. Masson, éditeur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. Une observation de myxœdème (?), par le professeur Westphal (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 42, p. 726). — II. Sur un cas de myxœdème, par Riess (*Ibidem*, 1886, n° 51, p. 881). — III. Sur le myxœdème, par le professeur Erb (*Ibidem*, 1887, n° 3, p. 33). — IV. Trois observations d'hémiplégie méningitique, par le docteur Hochhaus (*Ibidem*, n° 1, p. 10).

I. Le syndrome morbide décrit pour la première fois par Gull (British medic. Journal, novembre 1873) sous le nom de *myxœdème*, et connu encore en France sous le nom de *cachexie pachydermique*, que lui a donné Charcot, avait passé inaperçu aux yeux des cliniciens allemands jusque dans ces derniers mois, alors que Brayton Ball, dans un article sur cette curieuse et énigmatique affection (New-York medical Record, 10 juillet 1886), en avait pu relever jusqu'à 121 exemples publiés dans les recueils médicaux de différents pays. A quelques semaines d'intervalle, quatre nouvelles observations viennent d'être publiées et par des auteurs allemands.

C'est d'abord une observation de Westphal, qui laisse place au doute sur la question du diagnostic. Elle concerne un homme de 27 ans, qui avait toujours été en bonne santé jusqu'au mois de janvier 1886. A cette époque, cet homme s'aperçut que ses pieds enflaient à la face dorsale ; en même temps, il fut pris d'une telle faiblesse dans les membres inférieurs qu'il dût garder le lit pendant quelques semaines. L'enflure remonta rapidement ; vers le milieu de janvier, elle gagnait les membres supérieurs, qui étaient également frappés d'une grande faiblesse. A partir de ce moment, l'intelligence du malade se mit à baisser. Puis l'enflure gagna la face et le reste du corps ; avec cela un certain degré de parésie des membres, de l'atrophie de certains muscles et les signes de la réaction de dégénérescence, une certaine difficulté à se mouvoir, provenant principalement de la gêne mécanique apportée par l'énorme tuméfaction des parties molles au libre jeu des articulations. La glande thyroïde n'était pas accessible à la palpation ; rien d'anormal du côté des autres organes ; pas d'albuminurie, pas de glycosurie.

Ce malade a été présenté par Westphal à la Société des médecins de la Charité de Berlin, afin que ceux des assistants qui avaient eu l'occasion de voir des exemples de myxœdème à Londres, pussent donner leur avis sur la question de diagnostic. Ewald, Gerhardt, Behrend ont déclaré que, dans leurs souvenirs, le myxœdème se présentait avec des caractères un peu différents de ceux que réalisait le malade de Westphal.

II. Le malade de Riess, un homme de 35 ans, ancien cocher, est entré à l'hôpital général de Berlin le 14 mai 1882. Il fut très difficile de tirer de lui des renseignements suivis sur

ses antécédents, à cause de sa grande apathie et de l'extrême lenteur de sa parole. On put savoir toutefois que le malade avait abusé autrefois des boissons alcooliques, qu'il avait été forcé de renoncer à ses occupations au mois de janvier précédent (1882), en raison de la grande faiblesse dont il avait été frappé. La faiblesse fit des progrès rapides à partir du mois de février, accompagnée d'anorexie, de troubles gastriques, de constipation, de toux avec expectoration, de somnolence. Celle-ci alternait quelquefois avec de l'insomnie, un peu de délire (alcoolique) et du trouble dans les idées. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a eu de fortes épistaxis. Au moment de son admission, il présentait l'état suivant :

Conformation robuste, avec laquelle contraste l'extrême pâleur des téguments; par endroits, cette pâleur fait place à une teinte jaune. La peau est très lisse; en de certaines régions elle est comme transparente, porcelainée, principalement au visage. Le milieu du crâne est chauve ; les poils des sourcils sont tombés. Tuméfaction très prononcée de la partie centrale du visage (lèvres, nez, joues, paupières), qui imprimait à la physionomie un air de crétinisme. La face dorsale des mains et des pieds était également tuméfiée, et cette enflure remonta pendant le séjour du malade à l'hôpital. Les parties tuméfiées étaient cyanotiques et froides. La faiblesse était si grande à un moment donné, que le malade ne pouvait plus bouger de son lit.

Plus tard, le malade pouvait de nouveau marcher, mais avec bien de la peine ; par moments il laissait retomber lourdement le talon sur le sol, comme un ataxique. L'intelligence paraissait intacte, mais le malade était sous le coup d'une dépression psychique extrême ; pendant des journées entières il restait plongé dans la somnolence ; pour peu qu'on le perdît de vue lorsqu'on l'avait fait lever, il se hâtait de regagner son lit ; bref, suivant la comparaison de Charcot, le malade avait absolument les mœurs d'un animal hivernant. La parole n'était pas seulement très lente (une pause après chaque syllabe), mais en outre nasillarde et d'une raucité particulière. Le malade se plaignait surtout de sa grande faiblesse et d'une sensation continuelle de froid (T. 36.5 à 37.2). Pas de tuméfaction de la glande thyroïde. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques et abdominaux, sauf un catarrhe gastro-intestinal intercurrent.

Après une période d'état stationnaire, la plupart des symptômes se sont atténués dans une proportion très sensible ; le trouble de la parole et la pâleur des téguments n'ont pas subi de changement. Cette amélioration est mise par l'auteur sur le compte du traitement employé : analeptiques, fer, quinquina. En ce qui concerne l'étiologie, Riess incline à croire que chez son malade le développement du myxœdème était en rapport avec la profession du sujet, qui l'exposait aux intempéries des saisons, et il rappelle à ce propos qu'un observateur français, M. Morvan (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1881, nos 34 et 37) a invoqué l'influence étiologique du froid pour une série de cas de myxœdème.

III. Les deux observations publiées par ERB réalisent également les principaux traits du syndrome connu sous le nom de myxœdème : tuméfaction généralisée de la peau, pâleur et cyanose des téguments, expression stupide de la face, boursouflement des lèvres et des paupières, épaississement de la langue, lourdeur des mouvements des membres, ralentissement du pouls, raucité de la voix, lenteur et difficulté de la parole, de l'élaboration de la pensée, lenteur des mouvements, diminution de la mémoire et de l'intelligence, douleurs céphaliques et rachidiennes, faiblesse des membres, chute des cheveux et des dents, atrophie ou absence du corps thyroïde, anémie et cachexie. Le sujet de la seconde observation d'Erb, une femme, avait en outre un peu d'albuminurie. La ménopause s'était établie chez cette femme dès l'âge de 28 ans. C'est deux ans plus tard qu'apparurent chez elle les premières manifestations du myxœdème.

En somme, on ne connaît jusqu'ici rien de précis sur la pathogénie de cette affection. L'absence de corps thyroïde, constatée dans un certain nombre de cas, a fait mettre en relief les nombreuses analogies qui existent au point de vue de l'expression clinique, entre le myxœdème et la cachexie strumiprive.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS SUR LES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES (PROFESSÉES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885), par Ch. BOUCHARD, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. — Un volume grand in-8 de 348 pages. — Paris, 1887, F. Savy.

Quand les hommes de ma génération sont entrés dans la science, ils ont éprouvé un sentiment de découragement qui a tari chez beaucoup d'entr'eux cet enthousiasme vers la production qui se débat dans l'étroitesse des formules du passé et cherche des échappées nouvelles vers l'avenir. C'était l'époque où la fureur de la bibliographie commença cette formidable invasion dont nous sommes à peine remis ; à l'occasion d'une simple note, il fallait entasser des indications sans nombre sous lesquelles s'étouffait toute originalité, pendant que des esprits satisfaits et croyant que cet amas énorme de documents avait parfait toute la science, s'écriaient que tout était fait, que la médecine n'était qu'un perpétuel ressassement de travaux oubliés, et qu'il n'y avait pas de rôle préférable à celui de condenser en corps de doctrine et de vulgariser un stock de connaissances qu'il était devenu difficile d'accroître.

Et cependant, depuis moins de dix années, l'évolution des choses de la médecine est un spectacle vraiment merveilleux et capable de frapper d'admiration les hommes les plus immobilisés dans la contemplation du passé.

La vieille distinction, dont nous avons tant souffert, entre le clinicien pur et le médecin de laboratoire, le mépris dont le premier a stigmatisé si longtemps le second, tout cela est déjà de l'histoire ancienne. Le clinicien pur, sous peine de déchéance, a dû se plier sinon aux travaux, du moins devant les résultats du laboratoire : l'observation qui était arrivée aux limites de son œuvre isolée, a pris avec l'expérimentation un nouvel essor ; aussi ceux qui ont été les grands ouvriers de cette évolution doivent-ils être loués hautement, car la conquête n'est pas allée sans travail et sans lutte. Et c'est pourquoi je veux tout d'abord exprimer publiquement ici à M. le professeur Bouchard la haute estime où le tiennent tous

les hommes de science à la tête desquels il a combattu pour changer l'objectif de la médecine et ouvrir des voies nouvelles qui, pendant de longues années encore, défrayeront bien des activités et satisferont bien des espérances.

Je puis d'autant mieux louer l'homme et la méthode que, sur plusieurs points de détail, je n'ai pas toujours partagé les idées émises par M. le professeur Bouchard dans quelques-uns de ses travaux antérieurs. Ainsi, je crois fermement au ralentissement de la nutrition, mais je l'envisage à un autre point de vue que mon éminent maître, puisque je fais une distinction complète entre les individus dont la désassimilation — ou, pour mieux dire, — la désintégration est ralentie et ceux chez lesquels ce sont les oxydations qui faiblissent. Et comme celles-ci peuvent baisser absolument ou relativement au taux de la désintégration, voilà une nouvelle catégorie de troubles nutritifs qui paraissent tous relever du ralentissement, quand en réalité certains d'entre eux procèdent de la suractivité nutritive. Si j'ai parlé de ces petites divergences, c'est pour faire ressortir davantage l'incontestable valeur du livre que je tente d'analyser. Car, aujourd'hui, je puis dire qu'après attentive lecture, il est permis de louer sans réserve.

L'organisme normal fabrique et recèle des poisons. Ces poisons viennent de l'alimentation, des sécrétions gastro-intestinales, des fermentations digestives, de la désassimilation des tissus. Tous se réunissent dans le sang qui est leur aboutissant commun. Le foie, particulièrement, joue vis-à-vis de l'organisme un rôle protecteur en détruisant les poisons qui viennent de l'intestin, mais c'est l'élimination par les divers émonctoires qui seule peut en débarrasser l'organisme, et c'est le jeu régulier de ces émonctoires qui fait la vie normale et la parfaite nutrition.

Voici le premier point à la démonstration expérimentale duquel s'attache M. le professeur Bouchard. Il choisit l'urine et démontre, qu'injectée dans les veines, elle est toxique au delà d'une certaine dose; cette dose limite peut être considérée chez le lapin, animal réactif, comme une unité de toxicité, dite urotoxie, ou coefficient de toxicité.

Mais quelle est la matière toxique? M. Ch. Bouchard est conduit par ses expériences à admettre la pluralité des matières toxiques. Ainsi, l'extrait alcoolique associé à l'urée, produit le coma; les convulsions, le myosis, l'abaissement de la température, étant produits par l'extrait insoluble dans l'alcool, sans qu'il soit encore possible de les mettre sur le compte de tel ou tel produit déterminé. La potasse est, de toutes les substances minérales, la plus toxique; c'est peut-être la seule. En somme, il y a dans l'urine : 1° une substance diurétique, probablement l'urée; 2° un narcotique; 3° un sialagogue; 4° deux convulsivants; 5° un myosique; 6° un hypothermisant; 7° un convulsivant minéral. Ces substances sont encore mal définies, mais il est fort probable que les alcaloïdes dont on a mené si grand bruit doivent être mis hors de cause, car, à l'état normal, ils sont insuffisants pour expliquer l'intoxication par les urines.

Et, maintenant, d'où viennent ces substances toxiques? M. Bouchard fournit expérimentalement la preuve de leur origine alimentaire, intestinale, sécrétoire et vitale. Les poisons issus de ces quatre origines arrivent dans le sang et lui donnent une légère toxicité que le sang impose aux produits de l'émonctoire rénal, lequel entraîne ces poisons au dehors, de sorte qu'il doit exister une sorte de balancement entre la toxicité relative du sang et de l'urine. Par conséquent, avec des reins normaux, en aura toute chance de voir se résoudre favorablement une auto-intoxication par excès de production toxique.

Entrons maintenant dans l'application des données qui précèdent.

La potasse, l'ammoniaque, la bile, les matières putrides, causes communes de la toxicité du contenu du tube digestif, sont absorbées dans l'intestin et peuvent devenir les agents d'une auto-intoxication particulière, la stercorémie. L'antisepsie intestinale, dont M. Bouchard a depuis longtemps posé les règles et indiqué les moyens, peut conjurer ce danger, puisque, chez un individu à fermentations exagérées, mais avec des reins sains, on peut diminuer la toxicité de l'urine par une antisepsie intestinale habilement conduite.

Les connaissances acquises par cette première série de recherches permettent à M. Bouchard d'interpréter plus clairement les troubles qui se produisent chez les individus atteints de maladies des reins, surtout ceux de ces troubles qui caractérisent la période d'intoxication. Il montre que l'urémie comprend des intoxications diverses, auxquelles répondent les divers symptômes, et que ce n'est pas un empoisonnement par l'urine, mais par ce qui devait devenir de l'urine, car les accidents de la rétention des matériaux de l'urine ne sont pas ceux de la résorption de l'urine. En un mot, il peut y avoir urémie quand la quantité de poisons fabriqués ou introduits dans les vingt-quatre heures ne peut plus être éliminée dans le même temps par les reins devenus insuffisants.

Cette conception conduit à des vues thérapeutiques du plus haut intérêt. Ainsi, la saignée, qui soustrait directement les poisons; les contre-poisons des poisons urémiques, c'est-à-dire le chloroforme, le chloral, le bromure de sodium; puis le régime lacté qui diminue la sécrétion biliaire et laisse peu de résidue putrescibles; le charbon qui fixe les matières colorantes de la bile; l'antisepsie intestinale, les inhalations d'oxygène qui oxydent les poisons, sont autant de moyens utiles et bien précisément adaptés au but que poursuit le médecin.

Les septicémies intestinales décrites jadis par Humbert et les vulgaires accidents causés par la constipation, nous fournissent les deux termes extrêmes des accidents déterminés par l'auto-intoxication d'origine intestinale. On peut y rattacher l'embarras gastrique, les indigestions, les empoisonnements par des viandes gâtées; puis les auto-intoxications gastro-intestinales chroniques, qui s'observent dans les diarrhées chroniques, les dyspepsies, le cancer de l'estomac ou de l'intestin.

La dilatation de l'estomac peut être prise comme type des états chroniques qui produisent l'auto-intoxication chronique. On sait les réserves avec lesquelles cette dilatation de l'estomac a été accueillie par les médecins; aujourd'hui, l'incrédulité du début s'efface peu à peu, et si tous ne partagent pas dans leur teneur entière les vues de M. Bouchard, la plupart reconnaissent leur importance et en tiennent un compte fort sérieux dans leur pratique.

Les leçons que le professeur de pathologie générale consacre à la dilatation de l'estomac, et particulièrement le substantiel chapitre de thérapeutique qui les termine, convaincront plus d'un hésitant. Pour ma part, je n'hésite point à avouer que j'ai été, non pas l'un des adversaires, mais l'un des sceptiques du début, et, qu'expérience faite, je me condamne à l'amende honorable, au moins pour tout ce qui concerne les

points essentiels du débat. Et je ne formulerai qu'un seul vœu : c'est que les défenseurs nouveaux de la dilatation de l'estomac ne s'écartent pas de la ligne de conduite suivie par son fondateur et ne compromettent pas par des généralisations trop enthousiastes la part déjà si grande que la maladie de Bouchard a prise dans la nosologie.

L'étude des auto-intoxications conduit M. le professeur Bouchard à envisager la part qui revient dans la fièvre typhoïde à l'intoxication intestinale. Déjà la pratique de l'antisepsie est adoptée par un grand nombre de médecins ; elle a fait ses preuves, et son utilité ne me paraît plus discutable. On peut différer sur les moyens, sur quelques indications d'ordre secondaire, mais la méthode en elle-même a conquis son droit de cité dans la thérapeutique.

L'antisepsie générale qui consiste, non pas à tuer les microbes, mais surtout à les empêcher de se reproduire, demeure une méthode d'avenir ; mais ses effets sont encore trop irréguliers pour qu'elle puisse être substituée dès à présent aux méthodes actuellement en usage. Ce que M. Bouchard établit très positivement et ce qui forme une sorte de base d'opérations pour les recherches de demain, c'est qu'il n'y a pas parallélisme entre le pouvoir toxique des médicaments et leur action antiseptique, puisque, par une habile association d'antiseptiques, on peut doubler le pouvoir antiseptique, tout en n'augmentant que d'un tiers le pouvoir toxique. L'antisepsie générale est donc théoriquement admissible, mais elle n'est pas pratiquement réalisée.

La lutte contre la fièvre, la diététique, sont les deux autres indications auxquelles M. le professeur Bouchard accorde un rôle prépondérant dans le traitement de la dothiénentérie. Pourtant, il est loin de faire de la fièvre une sorte d'élément dominateur contre lequel le médecin doit lutter sans relâche ; la fièvre indique la gravité du mal, mais ne la produit pas, et c'est seulement quand l'hyperthermie devient excessive qu'il s'agit de la combattre. Mais comme il est encore impossible de lui opposer une thérapeutique pathogénique, que la plupart des antipyrétiques ne répondent pas réellement au but qu'on se propose, ou bien sont des dépresseurs de l'activité nerveuse, M. Ch. Bouchard revient à l'hydrothérapie et conseille les bains tièdes prolongés, multipliés et graduellement refroidis, tout en restant tièdes. Je puis dire, à ce propos, que j'ai employé dans un grand nombre de cas une méthode de balnéation qui se rapproche à certains égards de celle-ci, et que j'ai obtenu les résultats les plus encourageants, sans qu'en aucun cas j'aie eu à enregistrer l'un quelconque des accidents qui, à tort ou à raison, sont imputés à la balnéation froide.

Quant à la diététique, je suis heureux de voir M. le professeur Bouchard préconiser l'emploi des boissons abondantes et conseiller des moyens propres à restreindre l'inanition minérale. Depuis longtemps, j'avais tenté de mettre ces deux faits en lumière, et j'ai la persuasion que leur entrée dans la pratique donnera des résultats de la plus haute importance.

Pour en finir avec les intoxications par les poisons naturels de l'économie, M. Bouchard traite des intoxications par la bile, c'est-à-dire des ictères. La bile contient deux poisons : les acides — ce que l'on savait de longue date — la matière colorante, ce que M. Bouchard nous apprend. Quand ces deux poisons s'épandent dans l'organisme, ce dernier se protège de deux façons : d'abord le rein en entraîne une partie, ce dont on peut juger par la toxicité de l'urine des ictériques ; puis les fibres du tissu conjonctif fixent et soustrayent de la circulation la matière colorante de la bile, c'est-à-dire le plus important des poisons biliaires. Mais, que l'élimination rénale soit entravée, les fonctions hépatiques diminuent, puis cessent ; cet arrêt fonctionnel réagit sur la nutrition générale, et les déchets incomplètement élaborés de celle-ci s'accumulent dans le sang, si bien qu'à l'auto-intoxication par des produits naturels succède l'intoxication par des poisons anormaux. C'est l'ictère aggravé qu'il faut distinguer de l'ictère grave, maladie probablement causée par un agent infectieux et qui peut évoluer sans ictère.

L'intoxication par des produits anormaux est moins connue que les précédentes. Comment et dans quel cas s'opèrent ces élaborations vicieuses de la matière qui donnent naissance à des produits toxiques ? L'on ne peut encore répondre qu'avec des exemples isolés. Ainsi, l'on sait que certaines synthèses cessent de s'effectuer dans les affections du foie qui touchent à l'activité de sa cellule ; que certaines maladies générales laissent filtrer par le rein des albumines insolites ; que le diabétique est souvent empoisonné par un produit anormal : acétone, éther diacétique, etc. ; enfin que dans le choléra, l'élaboration anormale de la matière est attestée par la coloration violette que présentent, même à l'émission, les urines de certains malades soumis à la naphthaline. Mais ces connaissances ne peuvent point être réunies encore sous une formule doctrinale ; ce sont les jalons d'un chapitre nouveau de la science, et M. Ch. Bouchard a le grand mérite de les avoir posés.

Je voudrais avoir bien nettement fait ressortir les données les plus saillantes que les *Leçons sur les auto-intoxications* introduisent dans la science ; mais la tâche est presque impossible, tant sont nombreux les faits de première valeur, tant sont importants les détails cliniques ou expérimentaux qui viennent à tout instant les rehausser. L'analyse est impuissante à rendre un pareil livre ; tout au plus peut-elle en donner cette impression complexe d'originalité et de méthode sévère qui m'en paraît le trait dominant. C'est un livre qu'il faut lire et sur lequel il faut penser après l'avoir lu.

Et s'il vient à l'esprit de quelques-uns que M. Bouchard, en l'écrivant, a fait œuvre de système, je ne sache personne d'indépendant qui ne réponde que la distinction est fondamentale entre le système qui sort tout créé de conceptions théoriques et la solide méthode qui s'appuie sur des faits et ne progresse qu'avec eux. Or, M. Bouchard est un méthodique avec des idées originales ; quand il fait des hypothèses, il a soin de le dire hautement et son déterminisme ne procède jamais par des *a priori*. Et c'est pourquoi je m'inscris contre ce reproche de systématisme qui vise M. Bouchard, mais qui atteint aussi ceux qui, comme lui, tentent d'adapter aux choses de la médecine les sciences physiques et chimiques.

J'ai la conviction que l'avenir de la médecine est là, et tous ceux qui pensent de même doivent se serrer autour de M. Bouchard et combattre sous son drapeau, quand bien même ils ne seraient pas tout à fait d'accord avec lui sur les questions de détail que soulèvent toujours des problèmes aussi neufs et aussi délicats.

ALBERT ROBIN.

REVUE DES THÈSES

DE L'ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME ET RUBÉOLIFORME DANS LE CHOLÉRA, par le docteur TARRAL. — Thèse de Paris, 1886.

L'apparition des éruptions dans le choléra se fait pendant la

période de réaction. Ce n'est pas un signe défavorable, mais un signe de bon augure.

Ces éruptions présentent des types divers, variant, en général, avec les épidémies. Elles sont plus particulières aux femmes.

Leur durée, la date de leur apparition, leur intensité, leur forme et leur siège sont variables.

ETUDE SUR UN CAS DE VOMISSEMENTS FÉCALOÏDES DANS LE CANCER DE L'ESTOMAC, par M. BAUSSUMIER. — Thèse de Paris, 1886.

L'auteur distingue les vomissements fécaloïdes des vomissements stercoraux qui apparaissent, très rarement, en cas de renversement ou de destruction de la valvule de Bauhin.

Les vomissements fécaloïdes peuvent survenir quand la masse cancéreuse forme un repli valvulaire qui empêche les matières de passer dans le duodénum. A. M.

BULLETIN

APERÇU CRITIQUE SUR LA RÉFORME DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 RELATIVE AUX ALIÉNÉS.

Suite et fin. — Voir les numéros 1, 2, 4, 6 et 7.

J'ai indiqué plus haut comment le nouveau projet de loi arrêtait la création d'un *Comité supérieur* des aliénés près le ministre de l'intérieur et quelles étaient les principales attributions de ce Comité. La création de cette haute institution a été adoptée malgré certaines oppositions assez sérieuses, et on ne peut que s'en féliciter. On avait objecté surtout que ce Comité impersonnel et par conséquent irresponsable nuirait à l'autorité du pouvoir central. Je crois, au contraire, pour ma part, qu'il ne peut que le fortifier et le dégager des influences extérieures qu'il est trop souvent obligé de subir, dans les cas notamment de nominations de médecins d'établissemente d'aliénés. Tout le monde reconnaît aujourd'hui la nécessité d'élever, entre l'administration et les puissances qui l'assiegent, une barrière morale destinée à affranchir la première des empiètements toujours croissants dont elle est l'objet. A ce titre, la création d'un Comité supérieur des aliénés, destiné d'ailleurs à rendre bien d'autres services, ne peut être accueillie par tous qu'avec faveur.

Une section toute entière de la nouvelle loi se trouve consacrée aux condamnés devenus aliénés, aux aliénés dits criminels, aux inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale. Les dispositions édictées à l'égard de ces individus sont, pour la plupart, excellentes, telles, par exemple, les mesures relatives aux condamnés devenus aliénés qui sont placés, jusqu'à l'expiration de leur peine, dans des quartiers spéciaux annexés aux établissements pénitentiaires; celles qui mettent à la disposition de l'autorité administrative, pour être placés dans un établissement d'aliénés, les accusés reconnus irresponsables soit pendant l'instruction, soit au cours des débats; celles enfin qui règlent l'admission et le séjour des inculpés présumés aliénés dans les quartiers d'observation et les établissements spéciaux. Quant à la création pour les aliénés dits criminels, d'un ou de plusieurs asiles d'Etat, analogues à ceux qui existent en Angleterre sous le nom de *criminal lunatic asylum* et dont le plus célèbre est *Broadmoore*, elle a donné lieu pendant longtemps, dans les sociétés savantes et dans la presse médicale, aux débats les plus sérieux, et encore aujourd'hui, un certain nombre de médecins aliénistes en contestent la nécessité. On peut dire, cependant, qu'en concluant à la fondation de ces asiles spéciaux, le projet de loi ne fait que se conformer au vœu de la majorité des hommes compétents.

La mise en pratique des nouvelles réformes législatives entraînera nécessairement des dépenses plus ou moins élevées. Pour obvier en partie à cet inconvénient, qui a son importance à l'heure actuelle, la Commission du Sénat a eu l'idée d'imiter ce qui se passe en Angleterre et de soumettre les aliénés ou plutôt ceux qui les traitent, familles et chefs d'établissements, à une taxe annuelle. Le principe de cette taxe a été fortement attaqué dès le début de la discussion par le gouvernement, et l'article qui l'institue (art. 48) n'a été voté que sous la réserve expresse d'un débat plus approfondi lors de la deuxième délibération. J'avoue n'avoir personnellement aucune opinion bien arrêtée, et je crois qu'il convient d'attendre que la lumière soit entièrement faite sur les conditions théoriques et pratiques de ce nouvel impôt.

Le nouveau projet de loi se termine enfin par une réforme très complète et très étudiée de l'administration des biens des aliénés qui, il faut le reconnaître, laissait quelque peu à désirer sous le régime de la loi de 1838. Il eût peut-être été bon, dans cette voie de progrès, d'aller jusqu'à la suppression complète de l'interdiction des aliénés, telle qu'elle existe aujourd'hui. Les dispositions édictées réalisent toutefois sur l'état de choses antérieur d'importantes améliorations. Ce n'est pas ici le lien de se livrer à une étude détaillée de cette partie de la loi, capitale il est vrai, mais un peu technique, et qui intéresse à un moindre degré les médecins praticiens. Elle trouvera sa place ailleurs.

Je m'arrête ici, n'ayant déjà que trop abusé de l'attention qu'on a bien voulu me prêter, et je termine en exprimant le vœu que nos législateurs, dans le nouvel examen qu'ils vont faire de leur œuvre, sur beaucoup de points excellents, se préoccupent avant tout des intérêts réels des infortunés qu'ils ont mission de défendre. En réduisant au minimum nécessaire les réformes à introduire dans la loi si juste, si éclairée, si bienfaisante de 1838, sans souci d'oppositions aveugles et systématiques qui dureront toujours, en évitant de fausser le principe d'une loi d'assistance, de compliquer son fonctionnement et de froisser de légitimes susceptibilités; en édictant, en un mot, non pas une législation touffue, compliquée, impraticable, mais des mesures simples, pratiques et prévoyantes, ils auront rendu un véritable service à l'humanité et mérité d'être jugés dignes de leurs prédécesseurs. Ce sera, assurément, le meilleur éloge, qu'on puisse faire d'eux dans l'avenir.

Dr E. RÉGIS.

NOTES & INFORMATIONS

LA CENTRALISATION DES SERVICES SANITAIRES. — Pendant que s'agite au sein du Gouvernement, du Parlement et, depuis bien longtemps dans la presse, la question de réunir sous une même direction les divers services relatifs à la santé publique, le Conseil municipal de Paris vient de la résoudre en ce qui concerne la salubrité de la grande ville. Sur la proposi-

tion de M. Levraud et de plusieurs de ses collègues, il a voté la motion suivante :

« Le Conseil, considérant que les questions qui touchent à la salubrité de Paris sont actuellement disséminées dans différents services n'ayant entre eux aucun lien commun : telles sont, par exemple, les questions relatives à l'hygiène des écoles, qui dépendent de la direction de l'enseignement; celles relatives aux inhumations, aux dépôts mortuaires, qui dépendent de la direction des affaires municipales; celles relatives à la salubrité des habitations, qui dépendent de la direction des travaux, etc.;

« Considérant qu'il est de la plus haute importance que les questions d'hygiène soient examinées d'ensemble et par un même service, invite l'Administration :

« 1° A déposer dans le plus bref délai un projet d'organisation d'un bureau central d'hygiène;

« 2° Le fonctionnement de ce service ne devra pas nécessiter de dépenses nouvelles appréciables et sera étudié au point de vue de la fusion des différents bureaux actuellement séparés. »

— LIBERTÉ DES FUNÉRAILLES. — Le Sénat a adopté le projet de loi déjà voté par la Chambre des députés et relatif à la liberté des funérailles. En vertu de cette loi, tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut régler les conditions de ses funérailles et le mode de sa sépulture.

— LE BAL DES ÉTUDIANTS BORDELAIS. — S'amuser au profit de la charité publique est une pratique qui entre de plus en plus dans nos mœurs; bientôt on ne comptera plus les bals et autres fêtes de bienfaisance qui se donnent chaque année. Les étudiants de Bordeaux n'ont pas voulu demeurer en arrière de ce mouvement, et ils ont organisé pour la seconde fois un bal qui a eu le plus grand succès. Les recettes se sont élevées à 12,245 fr. 25, et, une fois les frais payés, il est resté une somme de 5,536 fr. 50, que le Comité d'organisation a répartie entre plusieurs établissements ou œuvres de bienfaisance. Les étudiants avaient tenu à associer leurs maîtres à leur fête charitable; ils leur avaient gracieusement réservé une loge.

R. F. H.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — L'Université de Berlin vient de faire une grande perte en la personne de Karl Schrœder, professeur d'obstétrique et de gynécologie, qui a succombé à une courte maladie, âgé seulement de 49 ans. Outre de nombreux mémoires sur la partie des sciences médicales dans laquelle il s'était spécialisé, on doit à Schrœder un *Traité de gynécologie* et un *Traité d'obstétrique* arrivé à sa neuvième édition. Il avait fait installer à Berlin, d'après ses plans, une clinique parfaitement organisée pour l'enseignement et était devenu promptement le chef d'une école qui, sous sa direction, a produit dans ces dernières années d'importants travaux.

— Un autre gynécologue des plus justement estimés, Ludwig Bandl, vient de succomber, à Prague, dans toute la force de l'âge (44 ans) et du talent. Il occupait depuis peu de temps, à l'Université de cette ville, la chaire d'obstétrique et de gynécologie pour laquelle l'avaient désigné ses importants travaux de gynécologie.

—Nous avons également le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonamy, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Toulouse et Campardon (de Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—*Concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.* — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 10 janvier 1887, un concours s'ouvrira le 11 juillet 1887 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

—M. Marie, ancien chef de clinique des maladies du système nerveux, est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Féré, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1887, à l'Ecole de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Rennes.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 4 février 1887, M. le docteur Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de M. Leblond, sénateur, décédé.

M. le docteur Millard, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé en remplacement de M. le docteur Moutard-Martin, qui a cessé ses fonctions de médecin des hôpitaux.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Depuis plusieurs années, il existe à Paris des voitures spéciales pour le transport dans les hôpitaux des malades atteints d'affections contagieuses (variole, rougeole, scarlatine, diphthérie, fièvre typhoïde ou choléra).

Ces voitures sont mises gratuitement à la disposition du public. Pour obtenir un transport, il suffit de s'adresser à un poste de police : un télégramme est immédiatement envoyé, et la voiture, qui est toujours prête à partir, de jour comme de nuit, part aussitôt.

MM. les médecins n'ont à produire, pour leur réquisition, qu'une note indiquant la nature de la maladie.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les voitures sont convenablement aménagées et chauffées, et qu'elles sont soigneusement désinfectées après chaque transport.

— La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session générale, à Paris, le mercredi 13 avril prochain, à huit heures et demie du soir, à la mairie du premier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

MM. les membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session sont priés de vouloir bien prévenir M. le secrétaire et lui adresser leurs mémoires avant le 10 mars, rue d'Amsterdam, 72 bis.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC.— *Prix à décerner* : Parmi les questions que la Société contre l'abus du tabac met au concours, voici les termes de celles qui intéressent les médecins :

N° 1. *Prix de 600 francs* : Un prix de 600 fr., dont une médaille d'or de la valeur de 100 fr., est offert par M. le docteur Depierris à l'*étudiant en médecine*, à quelque école *française* qu'il appartienne, qui fera le meilleur mémoire sur cette question : « La cachexie nicotique : ses symptômes, sa marche, ses effets; démontrés par au moins huit observations cliniques, recueillies, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile ou militaire. » Le travail demandé peut être une thèse pour le doctorat, mais ce n'est pas une obligation; tous les élèves, quelle que soit leur ancienneté d'étude, pouvant prendre part au concours. S'il y a lieu, des médailles honorifiques seront accordées aux auteurs des mémoires qui, sans obtenir le prix de 600 fr., auront néanmoins une valeur scientifique digne de fixer l'attention. Le concours sera clos le 31 décembre 1887.

No 2. *Prix des gens de lettres* : Un prix de *mille francs*, dont une médaille d'or de cent francs, offert par M. le docteur Depierris, à l'auteur du travail le plus méritant sur la question suivante : « Des effets du tabac sur la santé des gens de lettres. De sou-in-

fluence sur l'avenir de la littérature française. » Le concours sera clos le 31 décembre 1888.

Nº 3. *Prix de médecine:* Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.), d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac. Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 200 fr. environ et une médaille de vermeil. Les mémoires pourront être rédigés en français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol. Le concours sera clos le 31 décembre 1887.

Le programme détaillé des conditions du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 38, rue Jacob, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 6 AU SAMEDI 12 FÉVRIER 1887

Fièvre typhoïde 20.—Variole 4 — Rougeole 32.— Scarlatine 3. — Coqueluche 17.— Dipthérie, croup, 39 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 198.— Autres tuberculoses 12. — Tumeurs : Cancéreuses 55. — Autres 7. — Méningite 45. — Congestion et hémorr. cérébr. 44. — Paralysie 4. — Ramollissement cérébral 14.— Maladies organiques du cœur 49.—Bronchite aiguë 40. — Bronchite chronique 59. — Broncho-pneumonie 27. — Pneumonie 53 — Gastro-entérite : Sein 28. — Biberon 38. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 31. — Sénélité 17. — Suicides 6. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort 194. — Causes inconnues 12 — Total de la semaine : 1.073 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Bibliothèque de l'Assistance publique.— *Les enfants assistés de la Seine*, par le docteur H. Thulié, membre du Conseil de surveillance des asiles de la Seine. — Un vol. in-4° carré de 660 pages avec 5 plans et 2 cartes. — Prix : 15 fr. — Paris, publications du PROGRÈS MÉDICAL.

De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné, par le docteur L. Déricq. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par le docteur F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc. — Deuxième fascicule : « Complications des lésions traumatiques. — Lésions inflammatoires. Un volume grand in-8. — Prix : 6 fr. — Le premier fascicule paru : « Lésions traumatiques et leurs complications », se vend 7 fr.—Le troisième fascicule, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1887.— Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cⁱᵉ, 108, boulevard Saint-Germain.

On aphasia : being a contribution to the subject of the dissolution of speech from cerebral disease, par le docteur James Ross. — Londres, J. et A. Churchill.

Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire, par le docteur Kahn. In-8 avec 5 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

III. MANIFESTATIONS CUTANÉES DU BROMISME. — IV ET V. DEUX CAS D'ICHTHYOSE. — VI. PSORIASIS DES ORGANES GÉNITAUX. — Conférence de M. le docteur E. BESNIER à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

III. Un homme, qui est entré hier dans le service, est atteint d'une affection cutanée qui permet d'appeler l'attention sur certains points souvent oubliés par les médecins et concernant l'emploi de certains médicaments dans certaines conditions.

Par exemple, certains sujets ont une disposition individuelle en raison de laquelle ils ne supportent pas certains médicaments. Il en est de même de l'état particulier de certains organes éliminatoires (poumon, peau, reins) et de certains états du cœur.

Ce sont surtout les bromures et les iodures qui sont à signaler, et surtout le bromure de potassium, qui est plus dangereux que l'iodure. Le bromure est un vaso-constricteur énergique, qui agit sur le système nerveux central. En outre, il produit une irritation vive de l'estomac et de la diarrhée s'il n'est pas assez étendu d'eau ; la poudre de bromure de potassium, appliquée sur une surface excoriée, produit l'effet d'un caustique.

Si le sujet est atteint d'une affection gastrique ou cardiaque, ou d'une bronchite, on aggrave la maladie en lui donnant du bromure ; il y a une bronchite bromurique. S'il y a albuminurie, on peut avoir des accidents et une terminaison funeste. Il ne faut pas donner le bromure à la légère.

La peau subit aussi son action, action chimique directe; il produit l'acné bromique avec congestion irritative pouvant donner lieu à des abcès.

Nombreux sont les accidents bromiques sur la peau ; ils varient suivant les individus, mais n'ont aucune spécificité. Ainsi, on voit de l'érythème, de l'eczéma simple, mais avec fissures et rhagades plus considérables que dans l'eczéma d'autre cause, des éruptions acnéiques suppurant facilement, des furoncles agglomérés. Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'ulcérations des membres inférieurs qui ne sont pas de nature syphilitique, il faut chercher le bromure.

Notre malade a de l'eczéma des mains, et, de plus, de gros boutons acnéiques à la face ; il prend du bromure depuis quelque temps, depuis trois mois.

On associe souvent le bromure à l'iodure de potassium, et alors il est difficile de savoir lequel incriminer ; mais le bromure est plus mauvais que l'iodure.

Ce matin, quand on a analysé les urines de ce malade, on y a trouvé de l'iodure ; mais il prend depuis assez longtemps une solution forte de bromure qui peut contenir un peu d'io-

FEUILLETON

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR J. BÉCLARD. — J.-T. GALLARD. — RÉNÉ BRIAU. — RAIGE-DELORME.

Un des grands inconvénients d'avancer en âge, c'est de voir disparaître successivement tous ceux que l'on a connus, tous ceux que l'on a aimés. Il est une période de la vie où les amitiés plus difficiles à cimenter deviennent par cela même de plus en plus rares, et ne contrebalancent pas celles qui disparaissent.

Il était difficile d'approcher l'éminent secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, de vivre dans le milieu de ses occupations administratives et scientifiques sans éprouver pour lui une sympathie réelle qui grandissait avec le temps, sans jamais s'altérer. Très abordable, d'une courtoisie parfaite et d'une bienveillance unie à une grande simplicité, je ne crois pas que le professeur Béclard ait jamais froissé quelqu'un. Cette sympathie qu'il inspirait était d'ailleurs un héritage paternel, et sa fin soudaine et inattendue offre encore une ressemblance avec celle de son illustre père.

Pierre-Augustin Béclard, l'un des plus brillants professeurs de l'École de médecine, était mort en 1825, laissant deux fils. Celui qui vient de nous être ravi, Jules-Auguste Béclard, était né à Paris le 17 décembre 1818 et, ainsi que nous le rappelions l'autre jour, Mme veuve Béclard s'étant remariée avec un aliéniste distingué, Ferrus, inspecteur général des établissements d'aliénés, c'est à son instigation et sous ses auspices que le jeune Béclard dut songer, sans doute, à étudier cette branche importante de la pratique médicale et qu'il fut nommé interne à Charenton. Notre excellent maître aimait à rappeler toute la sollicitude de Ferrus à son égard: il vivait chez lui, ne quittant pour ainsi dire pas sa mère, qu'il aimait beaucoup, et ceux qui l'ont connu en ce temps là n'ont point oublié sans doute l'appartement hospitalier de la rue des Beaux-Arts, tout près de l'École spéciale, où il entra plus d'une fois pour en admirer les beautés. Né artiste autant que lettré, M. Béclard était lié avec les principaux représentants de l'art et de la littérature et, avant son mariage, on pouvait le rencontrer tous les mardis prenant son modeste repas du matin en compagnie de plusieurs de nos illustrations littéraires et artistiques.

dure. Il est intoxiqué par le bromure, parce qu'il est emphysémateux, albuminurique, et que sa peau fonctionne mal.

Ainsi donc, le bromure de potassium est un irritant chimique local. Il ne faut pas en donner une solution forte, si ce n'est très étendue d'eau ; il faut la donner à la fin des repas, et non au commencement, afin d'éviter l'irritation gastrique. Il faut se rappeler qu'il n'y a rien à en attendre dans les bronchites et les affections cardiaques, bien au contraire il est contre-indiqué; il faut le réserver pour les affections nerveuses.

Y a-t-il un moyen de lutter contre ces inconvénients du bromure? Il y a un médicament, l'arsenic, considéré comme antidote du bromure. Tous les médecins donnent en même temps la liqueur de Fowler, et il n'y a pas d'autre médicament à employer contre les congestions bronchiques et les diarrhées du bromure.

Comment traiter les accidents cutanés? Les accidents furonculeux et acnéiques seront traités par les astringents, et en particulier le tannin: badigeonnages avec glycérine au tannin (1 pour 100); puis supprimer le bromure et donner, avec l'arsenic, des diurétiques légers (tisane de chiendent, un pot avec deux gouttes de liqueur de Fowler).

IV. Un homme présente une sécheresse très marquée de la peau des mains, qui est rugueuse et dont les plis sont augmentés. C'est un certain degré d'icthyose qui prédispose à d'autres altérations de la peau, et, en effet, ce malade a de l'eczéma.

L'icthyose est une affection primitive de la couche cornée, laquelle détermine par hyperkératose une compression des organes sécréteurs ; ce n'est pas l'absence de sécrétions cutanées qui constitue l'icthyose, elle est au contraire une conséquence de l'icthyose.

Pour traiter cet eczéma chez un icthyosique, il faut surtout des émollients, bains de gélatine, et on peut aussi faire des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc.

V. Un malade se présente avec une coloration particulière de la peau, coloration bleue sur les bras, noire sur le reste du corps. C'est aussi un icthyosique; l'icthyose donne lieu à un épaississement de la peau qui retient alors les poussières et les matières colorantes des vêtements.

Cet homme est un icthyosique ordinaire, sans complications cutanées.

Le traitement doit consister en frictions avec :

Savon amygdalin en poudre, tamisé.... 100 grammes
Glycérine........................... 200 —

Pour faire une crème, avec laquelle on fait un savonnage à l'eau chaude.

Puis, tous les soirs, frictions avec la résorcine, l'acide salicylique ou le soufre.

Ce mode de traitement améliore l'état de la peau et masque suffisamment la maladie.

VI. Un homme est atteint d'un psoriasis des organes génitaux, qui, en raison de son siège, présente un aspect pouvant faire croire à une affection syphilitique; c'est un psoriasis atypique. Ici le diagnostic peut facilement se faire, parce que le malade présente en d'autres régions, et en particulier aux lieux d'élection, genoux et coudes, des plaques typiques de psoriasis.

Le traitement sera fait avec la pommade à l'acide pyrogallique à 10 pour 100; frictions avec une brosse à ongles enduite de pommade ; avant de faire ces frictions, il faudra décaper les lésions.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

De la folie simulée. — Analyse d'une leçon de M. le professeur Ball, par M. A. Martha.

M. le professeur Ball a traité cette importante question de pathologie mentale, qui intéresse à un si haut degré le médecin chargé d'examiner si tel criminel simule ou ne simule pas l'aliénation mentale.

S'il est des individus qui cherchent d'une façon grossière à se faire passer pour aliénés, il en est d'autres assez instruits pour tromper, même pendant plusieurs mois, le médecin le plus expérimenté.

La simulation de l'aliénation mentale n'est pas très fréquente : sur 1,000 malades, dans un asile, on ne rencontre guère que 3 ou 4 simulateurs.

Pour entreprendre de jouer ce rôle, il y a trois motifs principaux : 1° Le *service militaire ;* 2° *les difficultés de famille ;*

Mais son illustre père avait été l'ami et le continuateur de Bichat ; les amis de sa famille encourageaient surtout ses dispositions naturelles pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie, et dès sa thèse de docteur, soutenue en 1842, sous le titre *des différentes formes d'ictère*, M. Béclard reprend ses travaux de laboratoire ; il se livre tout entier à la physiologie et est nommé agrégé le premier au concours de 1844 (section d'anatomie et de physiologie) à l'âge de 26 ans. Ses qualités professorales avaient frappé ses juges, et cependant il avait pour concurrent Claude Bernard, près duquel il devait travailler, et dont l'amitié pour lui ne s'altéra jamais. La thèse de Béclard avait pour titre : *D s principes immédiats azotés et de leur distribution dans l'économie.* Il commence aussitôt un enseignement libre à l'Ecole pratique, et ses leçons d'anatomie générale et de physiologie, leçons si claires, si bien exposées, sont des plus suivies. L'année scolaire 1845-1846 le voit suppléer le professeur d'anatomie, Breschet. En 1846 aussi, M. Béclard concourt pour la chaire d'anatomie ; *Le système cartilagineux* est le sujet de sa thèse. Ce fut Denonvilliers qui fut nommé.

En 1845, J. Béclard communique à l'Académie de médecine un mémoire sur *l'influence de la température sur le développement comparé des systèmes organiques*, c'est un sujet qu'il reprendra plus tard.

En 1847, il publie dans les Annales de physique et de chimie une lettre à M. Dumas sur des *Recherches expérimentales sur les fonctions de la rate et de la veine porte*, sujet qu'il complète pour en faire l'objet d'un mémoire lu à l'Académie des sciences le 17 janvier 1848. Cette même année 1847, il remplace Bérard, le professeur de physiologie, alors en Italie pour raison de santé.

En 1851 il lit à l'Institut : *Des Recherches expérimentales sur le mécanisme de l'absorption et sur les phénomènes de l'endosmose.* Ce travail contient quelques recherches originales appuyées sur des expériences des plus délicates. Enfin, cédant aux sollicitations d'un des vieux amis de son père, de Adelon, il concourt pour la chaire d'hygiène. Sa thèse a pour titre : *l'Hygiène de la première enfance*, et il faut reconnaître que c'est là un sujet qu'il n'abandonnera pas, au milieu de ses nombreuses occupations scientifiques, car il devint plus tard l'un des membres dévoués et président de la Société protectrice de l'enfance ; son *Discours* à la séance générale de cette société du 26 janvier 1873, est une

3o la *criminalité*. Ce dernier motif est le plus fréquent. Un individu, coupable ou prévenu, simule la folie : est-il aliéné ou ne l'est-il pas, voilà la question à laquelle le médecin devra répondre.

Dans cette recherche, l'expert suivra deux voies : l'examen *indirect* et l'examen *direct*. L'examen indirect consiste à étudier les faits qui découlent de la cause, les pièces du casier judiciaire, etc. C'était autrefois le seul examen qui fût permis. L'expert devra toujours commencer par l'examen indirect; il étudiera l'histoire des antécédents, de la famille du prévenu, les circonstances et les conditions dans lesquelles le crime a été commis. C'est qu'en effet, un crime commis par un véritable aliéné diffère beaucoup d'un crime commis par un criminel ordinaire. Le criminel se cache, épie et frappe sa victime, puis cherche à se mettre en sûreté. L'aliéné opère au grand jour; il s'acharne sur sa victime et se laisse arrêter sur le lieu même du crime, sans chercher à se sauver. Le criminel ordinaire parlera de circonstances atténuantes; l'aliéné sera fier de son action et répondra aux questions qu'on lui adressera : « J'ai accompli un acte de justice, j'ai fait mon devoir, ou bien « J'ai obéi à la voix du ciel », etc.

Le criminel obéit à la cupidité, à la vengeance, à la crainte; il offre en quelque sorte des motifs logiques. L'aliéné, au contraire, énonce des motifs absurdes.

Après avoir étudié les antécédents, épilepsie, alcoolisme, hérédité, etc., l'expert devra étudier les écrits de l'inculpé. Cette dernière partie a une très grande importance et permet quelquefois d'établir un diagnostic certain.

Dans l'*examen direct*, le médecin n'oubliera pas qu'il a devant lui un acteur. Ce simulateur est un acteur qui joue un rôle; il cherche, par conséquent, à copier les aliénés, à imiter leurs actes et leur langage.

Comme habituellement les gens du monde se figurent que l'aliéné crie, hurle, s'agite, le simulateur pêchera ordinairement par exagération. Cependant il en est de très habiles, soit qu'ils aient étudié de près leur rôle, soit qu'ils aient déjà autrefois eu une attaque d'aliénation mentale : ils sont guéris, mais ils jugent à propos de simuler la folie.

En général, le simulateur est moins agressif; il ne donne pas de coups à ses gardiens, dont il a peur; il n'exerce sa violence que contre les meubles et les objets qui l'environnent.

Un autre caractère du simulateur, c'est le changement de rôle. Du tragique, il passe au comique. Tantôt dément, tantôt maniaque excité, il tombe subitement dans la stupeur mélancolique.

Le simulateur dépassera souvent les limites habituelles de l'insanité dans ses réponses; le véritable dément répondra à peu près dans le sens.

L'étude des *phénomènes physiques* ne devra pas être négligée. Un des symptômes précurseurs de la véritable aliénation c'est la privation de sommeil; l'homme qui simule l'insomnie au bout de deux ou trois jours, finit toujours par s'endormir.

L'aliéné est constipé; le simulateur a de la peine à jouer ce rôle.

L'aliéné a une diminution rapide du poids total du corps; le simulateur ne diminue pas de poids.

La température s'abaisse chez l'aliéné et c'est ainsi que chez le lypémaniaque, par exemple, il y a un refroidissement des extrémités; il présente ce qu'on a appelé des *mains mélancoliques*. Le simulateur ne peut pas arriver à ce résultat.

Quelquefois il faut employer d'autres procédés d'investigation. Un individu, soit-disant aliéné, pousse des cris, brise tout autour de lui, etc. On lui met la camisole; le plus souvent, se sentant vaincu, il avoue sa simulation.

La douche froide est également un moyen de faire revenir un sujet qui simule l'aliénation.

Un simulateur dit qu'il ne peut pas dormir; on lui donne de l'opium et il dort. Chez un véritable maniaque rien n'est difficile comme de le faire dormir, C'est ainsi qu'un aliéné du service a pris, sans résultat, jusqu'à 20 grammes de bromure de potassium par jour.

On a aussi signalé les résultats qu'on pourrait obtenir, dans les cas douteux, de l'emploi des inhalations d'éther ou de chloroforme.

M. le professeur Ball termine sa leçon clinique par ces considérations :

Il faut savoir prendre son temps, ne pas se hâter de conclure, étudier le malade pendant plusieurs mois.

On devra établir une surveillance incessante autour du simulateur.

Enfin, l'expert se mettra en garde contre certaines préventions, certaines préférences, et restera toujours dans une impartialité absolue.

---

page d'éloquence simple, émue, des plus remarquables. M. Béclard devait échouer dans le concours d'hygiène, où un maître, Bouchardat, sortit victorieux de la lutte.

Mais les événements politiques avaient supprimé le concours pour les chaires magistrales. M. Béclard le regretta toujours et si cela n'eût dépendu que de lui, cette institution serait aujourd'hui rétablie. Il n'a jamais manqué une occasion de l'affirmer et il a exprimé avec chaleur sa conviction, sur l'utilité deces luttes brillantes d'autrefois dans l'éloge de Cruveilhier.

Quoi qu'il en soit, se livrant tout entier à ses études de prédilection, il donne, en 1852, une troisième édition des *Eléments d'anatomie générale*, ouvrage dû à son père, mais dont les additions de la main du fils, mises en petit texte, ont doublé le volume. En 1855, il traduit, en collaboration avec M. Marc Sée, le *Traité d'histologie* humaine de Kœlliker.

Pendant trois années consécutives, de 1856 à 1859, M. Béclard supplée le professeur de physiologie, et c'est pendant ces trois années que sa notoriété de professeur s'est accentuée. Il apporte un soin extrême à ses cours; il veut avant tout être compris. Diction parfaite, exposition claire, langage imagé, précis, geste sûr, mobilité d'expression naturelle, il est presque toujours en mouvement devant le tableau, sans exagération ni emphase; ses auditeurs sont sous le charme.

Aussitôt la fondation de la *Gazette hebdomadaire*, M. Béclard en devint l'un des collaborateurs. Connaissant à fond la langue allemande, il était chargé du compte rendu des ouvrages importants qui avaient la physiologie pour objet. En 1853, il y publie une étude sur Rademacher et son école et un travail *sur la digestion et l'absorption du sucre*; en 1855, il rédige une revue critique sur *l'électricité dans ses applications à la physiologie et à la thérapeutique*. Il collabore de même aux *Archives de médecine* et plus tard au *Dictionnaire encyclopédique* des sciences médicales.

En 1856, Béclard publiait la première édition de son *Traité de physiologie humaine*, et cet excellent ouvrage est vite devenu classique. La septième édition a paru en 1884, elle sera bientôt épuisée et l'auteur, il y a peu de temps encore, recueillait devant nous des notes abondantes, en vue d'une huitième édition de cet ouvrage, déjà traduit dans presque toutes les langues de l'Europe. En 1858 il lit, le 1er mars, à l'Institut, un important travail sur l'*Influence de la lumière* et des divers rayons du spectre sur le

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

LE MILIEU INTÉRIEUR. — LA PATHOLOGIE COMPARÉE.

Première leçon du cours de géographie médicale, professé par M. le docteur A. BORDIER à l'Ecole d'anthropologie.

Suite. — Voir le numéro 7.

IV

Jusqu'ici nous avons insisté sur les différences présentées par le milieu intérieur des divers individus vivants ; mais la ressemblance qu'ils présentent est plus frappante encore, car les lois de la matière sont partout les mêmes.

Linné séparait les règnes par cet aphorisme : *mineralia sunt, — vegetalia sunt et crescunt, — animalia sunt, crescunt et sentiunt, — homo intelligit*. Déjà perçait le fameux règne humain ! or l'animal *intelligit*, les végétaux *sentiunt* (la sensitive) et les minéraux *crescunt*. Q'on place dans un cristallisoir une solution concentrée et on verra ce cristal s'acroître suivant une forme déterminée. Le docteur Brame (de Tours) a montré que la cristallisation, dans certains corps, présente non pas seulement un simple accroissement, mais bien une succession de formes et comme un état embryonnaire qui, dans ces corps bruts, affecte une disposition utriculaire exactement analogue à celle des tissus organiques. Lorsqu'on casse dans un cristal un fragment de rhomboïde, il se cicatrise absolument comme un tissu vivant.

D'ailleurs, qu'est-ce que la vie ? Un échange de matériaux entre l'individu vivant et le milieu ambiant, une succession de changements d'état, avec production d'électricité et de chaleur. Or, les manifestations vitales ne diffèrent des manifestations physico-chimiques du monde inorganique que parce qu'elles sont plus complexes ; mais les unes et les autres peuvent être ramenées aux mêmes éléments. Un minéral n'est-il pas tour à tour solide, liquide ou gazeux ? ne produit-il pas de l'électricité et de la chaleur ? n'absorbe-t-il pas de l'eau ? ne se combine-t-il pas avec l'oxygène ? Le fer, au contact de l'air, ne devient-il pas de l'oxyde ferreux ? C'est ce que voulait dire Cordon lorsqu'au XVIe siècle il écrivait dans un langage hyperbolique : « Non seulement les pierres vivent, mais elles souffrent la maladie, la vieillesse et la mort. »

Le milieu intérieur des minéraux n'est pas différencié par la chimie du milieu intérieur des êtres vivants ; l'état cristallin n'est pas propre aux minéraux, car certaines bactéries renferment du soufre à l'état cristallin, et Trécul en 1865, Gautier en 1879, ont pu faire cristalliser la chlorophylle. Les corps organiques ne sont, après tout, constitués que par des corps inorganiques dans un groupement spécial : O — H — Az — S — Ph — C. La plus grande caractéristique serait le carbone, qui peut manquer dans les corps inorganiques, mais qui existe toujours dans les corps organiques.

Au surplus, le dogme de la séparation des règnes est ruiné depuis qu'on a pu fabriquer artificiellement de la matière organique avec des substances inorganiques. En 1821, Wœhler, avec du cyanogène C^2Az, de l'ammoniaque AzH^3 et de l'eau HO, a fabriqué de l'urée $C^2Az^2H^4O^2$. On fabrique maintenant de toutes pièces de l'alcool $C^4H^6O^2$, de l'acide acétique $C^4H^4O^4$ et de l'acide formique $C^2H^2O^4$.

La simplicité de structure n'est pas elle-même le propre de la matière inorganique, car la même masse albuminoïde, amorphe, sans structure, est aussi simple qu'un cristal et que le plus simple des composés chimiques.

Il n'est donc pas étonnant que les lois du monde inorganique se retrouvent dans la pathologie de l'homme et des animaux ; aussi voyons-nous le milieu intérieur des plantes et des animaux se modifier avec la nature du sol. Les terrains calcaires se recouvrent de plantes riches en calcaires qui s'incrustent dans les tissus des animaux et donnent lieu à l'athérome des artères par un dépôt, par une fixation moléculaire qui se fait, molécule calcaire pour molécule organique, absolument comme dans le phénomène de la fossilisation ; les terrains pauvres en calcaire assurent de même indirectement la friabilité des os, *la cachexie ossifage des vertébrés* et la *maladie des chevaux de Cochinchine* due à une absence de calcaire dans les fourrages de ce pays.

V

L'identité du milieu intérieur apparaît nettement si l'on compare les végétaux et les animaux : chez les uns comme chez les autres, la cellule semble caractéristique de la vie ; elle est la base de la biologie, car les organismes et les organes ne sont que des assemblages de cellules, des *colonies cellulaires* groupées par le principe de la division du travail.

Les rapports entre les animaux et les végétaux ne sont pas

---

développement des animaux, et en septembre de la même année un autre mémoire : *Des rayons colorés du spectre* envisagés dans leurs rapports avec les phénomènes de nutrition.

En 1860, le 5 mars, Béclard communique à l'Académie des sciences un mémoire des plus importants intitulé : *De la contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale.* Ses conclusions sont les suivantes : « 1o La quantité de chaleur développée par la contraction musculaire est plus grande quand le muscle exerce une action statique, c'est-à-dire non accompagnée de travail mécanique, que quand une contraction musculaire de même mesure produit un travail mécanique extérieur ; 2o La quantité de chaleur qui disparaît du muscle quand il produit un travail mécanique extérieur, correspond à l'effet mécanique produit ; 3o L'action musculaire *non utilisée* sous forme de travail mécanique apparaît sous forme de chaleur ; 4o Les effets de la contraction musculaire, c'est-à-dire la chaleur musculaire et le travail mécanique extérieur, sont *ensemble* les expressions de l'action chimique dont le muscle est le théâtre. » C'était là une œuvre originale et M. Mathias Duval, dans son éloquent discours sur la tombe de notre regretté doyen, nous a fait connaître que, ne perdant pas de vue ses recherches, M. Béclard venait de créer et de faire construire un appareil « dans lequel un thermomètre différentiel devait par projection rendre un nombreux auditoire témoin de ses indications. »

Lié d'amitié avec les Follin, les Broca, les Ch. Robin, les Verneuil, M. Béclard fut l'un des fondateurs de la Société d'anthropologie, qu'il présida en 1862. Au début, bien moins chargé d'occupations que les années qui suivirent, il prit une part active aux travaux de cette Société, qu'il n'abandonna jamais cependant, regardant comme un devoir d'assister aux séances d'élections générales.

En 1862, Béclard était nommé membre de l'Académie de médecine et, en juillet de la même année, il remplaçait Ch. Robin comme secrétaire annuel. Cette année même, il dut prononcer, au nom de l'Académie, le discours d'usage aux obsèques de Adelon. C'est bien une page émue, un morceau littéraire, spécimen des éloges qu'il devra lire plus tard. A la séance générale de décembre de la même année il est chargé par M. Dubois (d'Amiens) du Rapport général sur les prix.

En 1863, il fait un rapport détaillé sur un mémoire de M. Giraud-

moins grands au point de vue chimique qu'au point de de vue morphologique : la cellulose ($C^{12} H_{10} O_{10}$) n'est pas propre au végétal, car elle se retrouve chez les tuniciers, chez les crustacés, sous le nom de *chitine*, comme dans les élytres des insectes.

Comme conséquence de cette identité du milieu intérieur, nous voyous dans les deux règnes la même aptitnde toxique on thérapeutique : le fer est tonique pour les plantes autant que pour les animaux ; les nns et les autres sont anesthésiés par le hromoforme, le chloroforme, l'oxyde de carbone, l'éther et le sulfure de carbone. Il n'y a pas jusqu'aux phénomènes de reviviscence ou d'hydratation qui ne soient communs aux deux règnes.

La même ressemhlance se retronve, lorsqu'on descend dans l'intimité des phénomènes dont le milieu intérieur est le siège.

Le monvement appartient en propre à tonte cellule protoplasmatique, ainsi qu'on le voit chez les amibes, dans les cellules des algues, des fougères, et dans les leucocytes ; mais, à mesure qu'on s'élève dans la série hiologique, on voit, par des localisations successives, le mouvement protoplasmiqne se spécialiser. Il a d'abord pour organes les cils vibratils : les mollusqnes sont, pendant leur vie emhryonnaire, reconverts de cils vibratiles qui tombent plus tard ; dans l'embryon humain l'œsophage, la bouche, l'estomac, les ventricules céréhraux, le canal de la moelle en sont garnis ; chez l'homme il n'en reste plus que dans les fosses nasales, la trachée, les canaux déférents, l'utérus, la trompe de Fallope, la trompe d'Eustache, les conduits biliaires. Les cils vibratiles, organes primitifs du mouvement localisé, disparaissent, en résumé, à mesure que les muscles et les nerfs apparaissent.

Les végétaux préeentent des mouvements, hien que, étant fixés à la terre, ils aient moins que les animaux besoin d'en exécuter. Ces monvements sont, il est vrai, de deux sortes : les uns, spontanés, ne méritent pas d'avoir ici leur place ; ils sont pnrement mécaniques, dûs, par un simple phénomène d'osmose, à la détente d'un ressort ; les autres sont provoqués : aussi dignes que ceux des animaux du nom de volontaires, ils répondent à un acte de sensibilité. C'est ainsi que, sous l'impression d'un attouchement plus ou moins spécial, se meuvent les pétioles des feuilles de la *sensitive*, de plusieurs *oxalis*, des *acacias*, les feuilles de la *dionœa muscipula*, les poils du *drosera rotundifolia*, le calice du *verbascum*, la corolle de l'*ypomea sensitiva* et de l'*amaryllis saltatoria*, les étamines des *berberis*, des *mahonia*, des *cactus*, du *sparrmannia*, du *portulaca*, des *synanthérées*, les lamelles stigmatiques des *bignoniacées*, des *scrofhularinées*, des *sésamées*.

La sensibilité, qui précède et provoque ces monvements, est parfois tellement fine, elle entre en jeu sous l'action de doses tellement minimes de l'excitant spécial, qu'elle ne diffère guère de cette sensibilité tactile spéciale qui, mise en jeu par des doses infinitésimales de matière pondérahle, prend ailleurs le nom d'odorat. Francis Darwin a vu des droseras découvrir des doses d'ammoniaque égales à 3 millièmes de milligramme ! Cette quantité infinitésimale impressionnait les tentacules, car ils remuaient. N'est-ce pas là de l'odorat ? Un poids de 1/80000 de grain faisait contracter les feuilles d'nn autre droséra.

Avons-nous le droit de ne pas décerner l'épithète de volontaires aux mouvements qu'exécntent les spores de *Vaucheria*, lorsque nons les voyous, comme les infusoires, éviter et contourner les obstacles placés sur leur chemin, dans le champ du microscope ? Aux mouvements des anthérozoïdes cherchant le micropyle, porte nnique qui les fait pénétrer dans l'oophore, comme à ceux du spermatozoïde cherchant à entrer dans l'ovule ? Le lihre arhitre dont qnelques humains semhlent si sûrs et si fiers en même temps, n'est-il pas l'effet d'un déterminisme physique analogue ?

Volontaires ou non ces monvements d'un droséra, comme ceux de l'*Homo sapiens* lui-même, sont suspendns par le protoxyde d'azote, l'éther, le chloroforme et même le chlorhydrate de morphine. Nous aurons donc, au cours de cette étude de pathologie comparée, à étudier chez les végétaux, comme chez les animaux, des maladies de sensibilité et de motilité, hyperesthésies, anesthésies, convulsions, paralysies, etc.

Nulle part, vous le voyez, messieurs, n'apparaît l'antagonisme, dont on a tant parlé, entre les êtres vivants. Il y a longtemps que Cl. Bernard a montré que les phénomènes respiratoires eux-mêmes ne présentaient pas, chez les animaux et chez les végétaux, l'antagonisme qu'on pensait : si les végétaux respirent par leurs feuilles, beaucoup d'animaux respirent par la peau. Merejkowski a montré que le pigment rouge ou tetronerythrine de la peau des célantérées, des crustacés,

---

Teulon, intitulé : *Causes et mécanisme* de la production des images multiples dans la polyopie monoculaire, et il prend une part brillante à la discussion ouverte sur les vivisections. Enfin, le 15 décembre, en séance générale, il lit son premier éloge, consacré à de Blainville, éloge assurément l'un de ses meilleurs ; mais ils sont tous supérieurs. Ceux qui l'ont entendu, nous sommes de ce nombre, se rappellent bien que Béclard tint son auditoire sous le charme. Ils n'ont point oublié que le ministre de l'Instruction publique d'alors, M. Duruy, assistait à cette séance et que, dans une allocution pleine d'à-propos, se trouvaient ces lignes : « Tout à l'heure, en entendant « votre secrétaire perpétuel, je me croyais à l'Académie des « sciences ; en écoutant votre secrétaire annuel, je ponvais penser « que nous étions à l'Académie française. »

En 1864, M. Béclard prit part à la discussion sur les mouvements du cœur. En 1870, il prit la parole sur la question du vinage et sur celle des vaccinations. En 1871, il fit encore le Rapport général sur les prix. Il avait été chargé en 1868, avec Axenfeld, de rédiger le Rapport *sur les progrès de la médecine en France*, rapport faisant partie d'un travail demandé à l'occasion de l'Exposition universelle. Enfin, en 1872, par décret du 15 mars, il était nommé professeur de physiologie en remplacement de Longet. Elu aussi la même année secrétaire perpétuel par intérim de l'Académie de médecine, il était bientôt confirmé comme secrétaire perpétuel titulaire, à la mort de Dubois (d'Amiens), le 18 février 1873.

Outre l'éloge de Blainville, Béclard prononça encore ceux de Delpech (1864), de Villermé (1865) de Gerdy (1866), de Rostan (1867), de Velpeau (1868), de Trousseau (1870), de Louis (1874), de Cruveilhier (1875), de Nélaton (1878), d'Andral (1880), de Claude Bernard (1885). Tous ces éloges sont insérés dans les mémoires de l'Académie, et ils ont été réunis en un volume séparé, publié en 1878, à l'exception des derniers, prononcés après cette date. L'on sait que M. Béclard disait admirablement bien ; sa voix savait prendre toutes les inflexions nécessaires ; le timbre en était sympathique ; il arrivait aisément à émouvoir son assistance ; enfin, il écrivait avec élégance, et, doué d'un esprit littéraire fort cultivé, l'on éprouve à le lire presqu'autant de plaisir qu'à l'entendre. Pour cela, il suffit de lire à haute voix ces pages écrites avec conviction, sans parti pris, et dans lesquelles il trouve l'occasion, lors d'un point en litige ou d'un incident important, de se livrer à des réflexions fort sensées, empreintes d'un esprit philosophique libéral et consolant.

des mollusques et de quelques poissons jouait le même rôle que l'hémoglobine dans le sang.

Quant à cette respiration même, elle est partout la même. La respiration est partout constituée par une absorption d'oxygène, une combustion aboutissant à une élimination d'acide carbonique; elle fonctionne ainsi chez tous les animaux et chez tous les végétaux : les fleurs, les bourgeons, les graines, les embryons, les tiges, les racines, les plantes non vertes, comme les orobanches et les champignons, les feuilles vertes elles mêmes, à l'ombre, absorbent de l'oxygène et éliminent l'acide carbonique. Les feuilles vertes elles-mêmes respirent ainsi au soleil, mais alors le phenomène respiratoire est masqué par un phénomène de nutrition, dont la chlorophylle est l'agent spécial, phénomène qui est caractérisé par l'absorption de l'acide carbonique avec élimination de l'oxygène.

La fonction chlorophylienne n'est pas un acte respiratoire; c'est un acte nutritif dont l'agent spécial est la chlorophylle, comme la fibre musculaire et la cellule nerveuse sont les agents spéciaux du mouvement et de l'innervation. Le soleil est l'excitant spécial de cette fonction spéciale; mais cette fonction ne s'exerce qu'à la condition que la cellule respirera, c'est-à-dire absorbera l'oxygène, et cela même au soleil.

L'antagonisme prétendu entre les animaux et les végétaux n'est pas plus réel lorsqu'on étudie les phénomènes de nutrition. En vertu de l'*irritabilité nutritive*, appartenant à toute cellule vivante, chaque cellule se nourrit pour elle-même, dans la colonie animale ou végétale dont elle fait partie. Le résultat est toujours la confection de matières ternaires, CHO, ou quaternaires, CHO Az. Les animaux n'ont pas seuls le privilège d'absorber, comme on le croyait, la matière organique toute formée : les champignons, les orobanches, beaucoup d'orchidées et toutes les plantes parasites le partagent avec eux. Mais les uns et les autres se nourrissent indirectement, c'est-à-dire qu'ils font subir aux matériaux nutritifs une élaboration successive, véritable cuisine du milieu intérieur, qui prend le nom de *digestion*; le vase diffère, mais l'opération est identique chez les animaux et chez les végétaux.

Il en est d'ailleurs de la faculté de digérer comme de la faculté de se mouvoir; c'est là un héritage du premier protoplasma ancestral : Au début, le pouvoir digestif était la fonction totale, disséminée dans la première cellule; par division du travail et par sélection fonctionnelle, la localisation s'est faite ultérieurement dans certaines cellules, enfin dans certaines cellules de l'estomac des animaux supérieurs.

La digestion d'ailleurs, dans son sens le plus large, ne comprend pas seulement l'élaboration du dernier repas, mais aussi celle des matériaux de réserve, emmagasinés depuis plus ou moins longtemps. La pomme de terre a des réserves d'amidon; elle les utilisera plus tard, si l'homme lui prête vie, et les changera, pour son propre usage, en glucose; la betterave remplit sa racine de saccharose, qu'elle changerait, aussi elle, en glucose, si on lui en laissait le temps. La larve de l'insecte est pleine de glycogène ou d'amidon, que l'insecte parfait, héritier prodigue, transformera en glucose, pour en jouir. « Il n'y a rien dans la loi d'évolution de l'herbe, a écrit Cl. Bernard, qui indique qu'elle doit être broutée par l'herbivore; rien dans la loi d'évolution de l'herbivore qui indique qu'il doit être mangé par le carnassier; rien dans la loi de végétation de la canne qui indique que son sucre devra sucrer le café de l'homme. Le sucre formé par la betterave n'est pas destiné non plus à entretenir la combustion respiratoire des animaux qui s'en nourrissent; il est destiné à être consommé par la betterave elle-même, dans la seconde année de sa végétation, lors de sa floraison et de sa fructification. »

Il en est de même pour l'albumine, la fibrine et la caséine, pour la graisse, pour l'amidon, pour le sucre. Les végétaux et les animaux ont donc, comme les animaux, quatre ferments, qui répondent à ces quatre indications : la pepsine pour digérer les matières azotées, la pancréatine et l'émulsine pour la graisse, la diastase pour la fécule, l'amidon, le glycogène, le ferment inversif pour le sucre.

Tout le monde sait que l'amidon $C^{12}H^{10}O^{10}$, existe dans la pomme de terre, dans les cotylédons de toutes les graines, à la base de tous les bourgeons; à côté se trouve la diastase qui le change en gomme, puis en dextrine, enfin en glucose, par une hydratation successive. ($C^{12}H^{10}O^{10} + 2HO = C^{12}H^{12}O^{12}$.)

Chez les animaux l'amidon qui prend le nom de glycogène, mais qui offre même formule et mêmes réactions chimiques, est d'abord diffus dans tous les tissus. Plus tard, par division du travail, il se localise dans le foie des mammifères; la larve de l'insecte, je viens de vous le dire, l'asticot, est un paquet d'amidon, qui se transformera plus tard. Les gastéropodes, les huîtres, sont remplies d'amidon. Chez les mammi-

M. Béclard avait été nommé membre du Conseil général de la Seine en 1871, et il fut un instant candidat à la députation. Mais les démarches auxquelles il fallait se livrer pour solliciter les voix des électeurs répugnaient à sa nature discrète et délicate. Il aimait à répéter avec Littré, qu'il y a des honneurs publics qu'on ne saurait refuser, mais qu'il est préférable de ne pas demander. Nul doute qu'il eût brillé dans une assemblée parlementaire, en raison de sa grande facilité de parole, de son éloquence et de sa faculté d'assimilation. Il eût toujours été clair et n'eût pas parlé pour rien dire. Quoi qu'il en soit, il se retira de la lutte. Membre du conseil de l'Assistance publique, membre du Conseil de salubrité, membre de toutes les commissions extra-parlementaires où la médecine et l'hygiène étaient appelées à jouer un rôle : hygiène, assainissement de Paris, aliénés, protection de l'enfance, etc., membre du Conseil de l'instruction publique, M. Béclard apporta dans toutes ces assemblées le fruit de son expérience.

En 1881, lorsque le savant et sympathique doyen d'alors, M. Vulpian, crut devoir se démettre, ses collègues présentèrent M. Béclard, qui fut nommé de suite.

Pour la première fois, les fonctions de secrétaire perpétuel et celles de doyen étaient réunies sur la même tête. Il les remplissait de son mieux, l'on sait avec quelle distinction et avec quelle bienveillance. Dans ces situations de premier ordre qui mettent forcément le savant et l'administrateur en contact avec leurs contemporains de tout âge et de tout rang, maîtres et élèves, avec les pouvoirs publics, avec les assemblées scientifiques, il faut à coup sûr un grand tact, autant qu'un grand talent, pour ne froisser personne, éviter les susceptibilités et conserver son autorité : Béclard avait tout cela.

Comme homme privé, il était doux et bon. Erudit et lettré, il aimait à se tenir au courant de toutes les nouveautés scientifiques, questionnant volontiers sur les choses qu'il savait le moins, comme pour augmenter encore le nombre de ses connaissances; il s'était créé un intérieur charmant, il parlait sans cesse de ses enfants, pour peu que son interlocuteur fût père de famille, et il se trouvait vraiment heureux de les attendre, ou d'aller les retrouver. Sa mort a surpris tout le monde; nous le voyons toujours assis sur ce canapé légendaire de la bibliothèque de l'Académie, où il aimait à causer, en attendant quelque visiteur, ou l'heure d'une réunion officielle, et il nous semble que son sourire bienveillant

fères, il est d'abord localisé dans les cotylédons du placenta, comme dans ceux d'une graine. La poche amniotique, où est contenu le veau, est converte de plaques d'amidon ; l'œuf de l'oiseau en contient aussi dans la cicatricule du jaune. Sous l'influence de la gestation ou de l'incubation, la transformation en glucose commence ; le sucre apparaît dans le liquide amniotique comme dans le blanc de l'œuf, comme autour de l'embryon végétal : la germination et l'incubation sont donc un même phénomène.

La digestion des matières azotées n'est pas moins commune aux deux règnes : beaucoup de plantes se nourissent directement de l'ammoniaque répandu dans leur atmosphère — certains protistes (myxomycètes—Bathibius terrestris) absorbent la matière organique azotée et sécrètent de la pepsine. Les grains contiennent, outre l'amidon, de la matière albuminoïde qu'elles changent en peptone, par leur pepsine (Gorupp-bézanés).

Van Thieghen a pu même nourrir de jeunes plantes, en réalité *au biberon*, en enlevant les cotylédons et en les remplaçant par une pâtée d'amidon et d'albumine avec leurs ferments respectifs. Enfin certaines plantes, qu'on nomme plus spécialement *carnivores*, sécrètent de la pepsine, en présence de l'excitant spécial, une matière animale azotée, et se nourissent ainsi des mouches que leurs feuilles ont successivement attirées, capturées et digérées.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

IV. Trois observations d'hémiplégie méningitique, par le docteur Hochhaus (*Ibidem*, n° 1, p. 10).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. Le développement d'une hémiplégie dans le cours d'une méningite est une éventualité très rare, autant qu'on en peut juger par le nombre infime d'exemples qu'on trouve dans les recueils de la littérature médicale. C'est ce qui prête un intérêt exceptionnel aux trois observations relatées par Hochhaus, assistant du professeur Fürbringer.

Le sujet de la première observation, une femme de 61 ans, avait eu une atteinte d'érysipèle de la face, peu de temps avant son entrée à l'hôpital. Elle paraissait être guérie de son érysipèle depuis quatre jours, lorsque subitement elle fut frappée d'un ictus apoplectique ; elle tomba à terre, sans connaissance. Quelques heures plus tard, les personnes de l'entourage remarquèrent que la malade ne pouvait remuer ni le bras ni la jambe du côté gauche. Six jours après, on la faisait admettre à l'hôpital. A ce moment, la malade, d'aspect robuste, présentait encore les traces d'une desquamation de la face, résidu de son érysipèle. Elle était couchée dans le décubitus dorsal, le regard constamment tourné à droite ; on éprouvait une assez grande difficulté à redresser la tête, qui reprenait d'ailleurs sa position première sitôt qu'on l'abandonnait à elle-même. Les pupilles étaient moyennement dilatées et ne réagissaient plus à la lumière. La malade murmurait des paroles inintelligibles. La commissure gauche était déviée en bas ; de ce même côté, les traits de la piqûre étaient effacés les rides du front étaient également bien accusées à droite et à gauche. Quand on piquait ou qu'on pinçait la peau de la figure à gauche, les muscles de la moitié droite et le frontal des deux côtés répondaient seuls par une contraction. Il y avait résolution des muscles des membres supérieur et inférieur du côté gauche ; en imprimant des mouvements passifs à ces membres, on ne se heurtait à aucune résistance. Une irritation légère, portée sur les membres paralysés, restait sans réponse ; par contre, une piqûre profonde provoquait des mouvements de défense à droite. Le pied et la main du côté droit étaient agités par des mouvements spontanés fréquents. Les réflexes patellaires étaient très développés des deux côtés ; pas de trépidation épileptoïde aux pieds. Incontinence des urines et des matières fécales. Légère raideur de la nuque. T. 38°,7, 37°,9, 38°,3. Pouls 66, régulier.

Le lendemain, la malade avait repris légèrement connaissance. Le soir, la température interne s'éleva à 40°,5. Le surlendemain, coma profond. T. 40°,1, 41°, 40°,3. Le quatrième jour, la malade succombait.

A l'ouverture du crâne, après ablation de la dure-mère, on trouva, à la surface des circonvolutions centrales, à droite, un dépôt de pus de 5 millimètres d'épaisseur, ayant environ la largeur de la main, et qu'il fut facile de détacher de la pie-mère. Cette membrane était infiltrée de pus dans toute l'étendue des circonvolutions centrales ; des lobes frontal et pariétal à droite. L'infiltration ne s'étendait à gauche que sur

et que sa voix sympathique soit toujours là, près de nous !

Les paroles émues de M. le professeur Mathias Duval sont vraiment touchantes, et un grand nombre d'amis et d'élèves sincères et reconnaissants de l'excellent secrétaire perpétuel qui n'est plus, peuvent répéter, avec M. Duval :

« Cher maître, je suis l'un des nombreux disciples que vous avez » pris par la main et guidés jusqu'à les faire asseoir à vos côtés ; « votre égale bienveillance n'a pu faire de jaloux et chacun, cepen- « dant, se glorifiait intérieurement d'être votre préféré. Mais, hélas ! « nous sommes aujourd'hui tous égaux dans la douleur ; et ce n'est « pas ma voix, c'est celle de tous ceux qui vous ont connu, c'est- « à-dire aimé, qui vous dit : Adieu, maître. »

Puissent tous ces témoignages de respect et d'affection atténuer la douleur de sa digne compagne, et plus tard encourager et soutenir ses enfants.

Dr A. Dureau.

Les obsèques de notre regretté maître et ami ont eu lieu le samedi 12 courant, avec une grande solennité. Elles ont été dirigées par M. le professeur Brouardel, assesseur, au nom de la Faculté, grâce au concours de tous les professeurs, du Conseil de l'Académie, des agrégés, etc.

La partie de la cour de l'Ecole de médecine, où se trouve placée la statue de Bichat, avait été transformée en chapelle ardente et remplie de couronnes déposées par les nombreuses délégations qui devaient prendre rang dans le cortège, tandis que la façade était tendue de draperies de deuil.

A midi précis, la levée du corps a eu lieu et le char funèbre s'est ébranlé, se dirigeant vers l'église Saint-Sulpice, où devait avoir lieu le service religieux. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Berthelot, ministre de l'Instruction publique et président du Conseil supérieur de l'Instruction publique ; Liard, directeur de l'enseignement supérieur ; Gréard, recteur de l'Académie de Paris ; le professeur Brouardel, assesseur, remplissant par intérim, depuis mercredi dernier, les fonctions de doyen ; le professeur Sappey, président de l'Académie de médecine, et le docteur Peyron, directeur de l'administration de l'Assistance publique et président du Conseil de surveillance de cette administration, auquel M. Béclard appartenait.

Derrière la famille, suivant le char funèbre, venaient immédia-

une petite étendue à la zone contiguë à la ligne médiane. Après enlèvement de la pie-mère, l'écorce des circonvolutions apparaissait criblée de nombreuses petites hémorrhagies ponctiformes. Comme on pouvait soupçonner que cette méningite suppurée avait eu son point de départ dans l'oreille droite, cet organe fut examiné avec soin, après qu'un trait de scie eût été mené à travers le rocher; l'oreille était saine dans toutes ses parties.

La seconde observation, qui présente avec la première une ressemblance parfaite, concerne une femme de 52 ans, qui avait la jaunisse depuis environ deux ans, lorsqu'elle fut prise un jour, de vertige et d'une grande faiblesse. La veille de son entrée à l'hôpital, elle tomba sur son lit sans connaissance; elle était paralysée du côté gauche. Les traits de la figure étaient effacés à gauche, la commissure attirée en bas; des piqûres ne provoquaient que des contractions des muscles faciaux du côté droit et des deux frontaux. Les pupilles étaient dilatées, sans réaction. La tête et les yeux étaient déviés à gauche; la tête était d'ailleurs facile à redresser. Résolution musculaire du bras et de la jambe gauches, qui n'opposaient aucune résistance aux mouvements passifs. Les réflexes cutanés étaient abolis à gauche. Les réflexes patellaires étaient très prononcés. Pas de trépidation épileptoïde; incontinence des urines et des matières fécales. Augmentation de volume considérable du foie. T. 36°,2.

La malade tomba dans le coma. Elle mourut le lendemain de son entrée à l'hôpital. Un peu avant sa mort, elle avait présenté de la contracture dans les membres paralysés.

A l'autopsie, on trouva la pie-mère infiltrée de pus sur toute la convexité; au-dessous, l'écorce des circonvolutions était parsemée de foyers hémorrhagiques punctiformes. Un peu de liquide purulent distendait les ventricules.

La dernière observation a trait à une petite fille de 7 ans, qui avait fait une chute sur l'occiput, sans suites appréciables immédiates. Trois semaines plus tard, elle accusait un peu d'anorexie et de la céphalalgie. Cinq jours après, perte subite de la connaissance, suivie d'aphasie, de dysphagie, avec paralysie du côté droit; spasmes fréquents. L'enfant est transportée à l'hôpital. Dans son lit, elle reste couchée sur le dos, les yeux et la tête tournés à droite. Toutefois les yeux peuvent se mouvoir en tous sens. Pupilles rétrécies, sans réaction. Légère contracture des muscles de la nuque. Le pli nasolabial est effacé à droite; la commissure, de ce même coté, est déviée en bas. Des piqûres ne font contracter que les muscles faciaux du côté gauche et le frontal des deux côtés. Résolution complète des muscles des membres supérieur et inférieur, à droite; abolition des réflexes cutanés de ce côté. Persistance du phénomène du genou, des deux côtés. Ventre en carène, constipation. T. 38°,8, 39°,4, 39°,1.

Le lendemain, la raideur de la nuque s'accentue, la déviation conjugée des yeux et de la tête persiste. Secousses cloniques dans les muscles innervés par le facial et dans quelques muscles du bras droit et de la jambe gauche. Le quatrième jour, la malade succombe dans le coma.

A l'autopsie, on trouve les circonvolutions aplaties, un léger œdème de la pie-mère. Quelques granulations miliaires dans la fosse sylvienne droite; à gauche, dans le voisinage immédiat du pont de Varole, une infiltration gélatiniforme de la pie-mère, avec quelques tubercules grisâtres. Enfin, près de la pointe du lobe frontal, là où confluent les première et deuxième circonvolutions frontales, existait un foyer de ramollissement jaunâtre, de 1 centimètre de longueur, de 1/2 centimètre de largeur, qui ne paraissait avoir entretenu aucun rapport avec les symptômes observés du vivant de la malade. Pas de tubercules dans les autres organes.

En somme, ainsi que le fait remarquer l'auteur, sauf une légère raideur de la nuque, rien dans les deux premières observations ne pouvait suggérer l'hypothèse d'une méningite, à l'encontre du diagnostic d'une apoplexie, qui se présentait tout d'abord à l'esprit. La localisation des foyers morbides est d'ailleurs à même de rendre compte de la distribution de la paralysie motrice, dans les faits en question.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

Un cas de myxœdème, par MM. Senestor et Virchow. Communication faite à la Société médicale de Berlin, séance du 9 février 1887. — *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1887, nº 7, p. 135.

tement: les membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, les membres du Conseil général des Facultés; puis, en robe, tous les professeurs et agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris, ainsi qu'une délégation des professeurs de la Faculté des sciences, de la Faculté des lettres et de la Faculté de droit de Paris; puis l'Académie de médecine, ayant à sa tête les membres du bureau, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, une délégation du Conseil municipal de Paris, les élèves du laboratoire de physiologie de M. le professeur Béclard, l'Association des médecins du département de la Seine, conduite par son vice-président, M. le docteur Blanche; une délégation de la Société d'anthropologie, de la Société de biologie; les Elèves de l'Ecole pratique, précédé d'une couronne; l'Association générale des étudiants de Paris, portant une couronne et précédés de leur bannière cravatée d'un crêpe; les étudiantes en médecine de la Faculté de Paris, avec une immense couronne blanche de fleurs naturelles, qu'elles ont voulu porter elles-mêmes jusqu'au cimetière, bien que l'ordonnateur leur eût offert le concours de ses agents; enfin une foule considérable de médecins et de notabilités scientifiques.

A la sortie de l'église, le cortège s'est dirigé vers le Père-Lachaise, où l'inhumation a eu lieu et où de nombreux discours ont été prononcés: par MM. Schutzemberger représentant le ministre, président du Conseil supérieur de l'Instruction publique; Mathias-Duval, au nom des professeurs de la Faculté de médecine de Paris; Laborde, au nom des élèves du laboratoire de physiologie; Sappey, au nom de l'Académie de médecine; Farabeuf, au nom de l'Ecole pratique; Blanche, au nom de l'Association des médecins du département de la Seine, dont M. Béclard était le président; Magitot, au nom de la Société d'anthropologie: Bourgogne, au nom de l'Association des étudiants de Paris, et Reynal-O'Connor, au nom de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres et des médecins de la République Argentine.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1887, les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont convoquées le jeudi 10 mars, à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Béclard, décédé.

BIBLIOGRAPHIE

MANUALE DI SEMEJOTICA DELLE MALATTIE MENTALI GUIDA ALLA DIAGNOSI DELLE PAZZIA PER I MEDICI, I MEDICO-LEGISTI E GLI STUDENTI, per il dott. ENRICO MORSELLI, professore di clinica delle malattie mentali nelle Regia Universita. — Antica casa editrice dott. Francesco Vallardi, Milano, 1885.

Le docteur Morselli, l'un des maîtres les plus estimés de la médecine mentale italienne qui, depuis une vingtaine d'années a fait de si remarquables progrès, vient de publier le premier volume d'un *Traité élémentaire de séméiotique des maladies mentales*.

Cet ouvrage, déjà très répandu en Italie, ne pouvait manquer d'être accueilli avec faveur par le public médical français, grâce à la haute personnalité de l'auteur, et aussi, il faut bien le dire, à l'absence d'un pareil ouvrage dans notre littérature.

Le premier volume, le seul paru jusqu'à ce jour, est consacré aux généralités et à l'étude anamnestique, anthropologique et physiologique des aliénés.

Sous le nom de généralités, l'auteur résume tout d'abord, en quelques pages intéressantes, l'état actuel de la psychiâtrie, la méthode clinique propre à cette branche de la médecine, enfin les difficultés que présente le diagnostic de la folie.

Avec la seconde partie, qui a pour objet les éléments historico-génétiques ou anamnestiques dans leurs rapports avec le diagnostic de la folie, commence la partie véritablement scientifique de l'œuvre. M. Morselli y étudie successivement : les règles à suivre dans l'examen anamnestique des aliénés; les anamnestiques de la famille; les anamnestiques propres de l'aliéné, c'est-à-dire ceux qui ont trait au développemnt de son individualité intellectuelle et psychique; les anamnestiques de la maladie, c'est-à-dire ses causes, ses prodromes et son évolution. La question de l'hérédité, envisagée d'après les données nouvelles de Lucas, Morel, Darwin, Mantegazza, Lemoigne, Hæckel, y est l'objet, en raison de son importance, d'une attention toute particulière.

La troisième et dernière partie a trait aux éléments objectivo-somatiques, c'est-à-dire de l'examen anthropologique et physiologique de l'aliéné. C'est de beaucoup la partie la plus importante, puisqu'elle occupe, à elle seule, les trois quarts de l'ouvrage. C'est aussi la plus neuve et la plus originale, car les points qu'elle traite sont en général plus ou moins négligés dans les traités usuels de médecine mentale. Signalons, à ce point de vue, les très intéressants développements dans lesquels est entré l'auteur sur l'examen somatique et particulièrement sur la crâniologie des aliénés.

Mais c'est surtout dans les chapitres consacrés à l'étude physiologique de l'aliéné que M. Morselli s'est montré à la fois original et plein d'érudition. Ses considérations sur les fonctions de nutrition, de reproduction, de relation et surtout de sensibilité sous toutes ses formes chez l'aliéné, sont aussi complètes, aussi instructives et aussi détaillées qu'on peut le désirer dans l'état actuel de la science et dans un ouvrage de ce genre.

Le livre se termine par un exposé de la classification adoptée par l'auteur dans ses cours à la clinique psychiâtrique de Turin. Cette classification n'est là que comme hors-d'œuvre et elle doit trouver une place plus importante dans le *Traité des maladies mentales* que M. Morselli doit publier prochainement. Aussi, nous n'en dirons rien et garderons-nous pour plus tard les objections que sa lecture nous a inspirées.

Tel est l'ouvrage du docteur Morselli ou plutôt le premier volume de son ouvrage. Le second volume, qui ne saurait tarder à paraître, sera consacré entièrement à l'étude des éléments psychiques de l'aliénation mentale. Le « Traité de séméiologie psychiâtrique » du professeur italien sera alors complet et constituera pour tout le monde une œuvre des plus intéressantes, bien digne de tenter, suivant les traditions de la mode actuelle, les efforts de quelque traducteur.

Dr E. RÉGIS.

REVUE DES THÈSES

ETUDE SUR LES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DES FOSSES NASALES, par ALBERT CLAVERIE.—Thèse de Bordeaux, 1886.

Les 42 premières pages de la thèse de M. Claverie sont occupées par des chapitres consacrés successivement à une sorte d'historique sans grande valeur, à une anatomie pathologique de seconde main, à une symptomatologie qui pourrait être passée sous silence, à un diagnostic qui se fait presque tout seul, à un pronostic qui varie suivant le diagnostic : cancer ou sarcome, et enfin à un traitement dont le résultat est subordonné à la date de début et par conséquent à l'étendue des ravages du néoplasme. Ici, cependant, on trouvera quelques indications utiles. Ainsi, lorsque le praticien soupçonne que la tumeur a des prolongements du côté de la cavité crânienne, M. Claverie l'engage à ne pas opérer, à cause des dangers consécutifs à l'opération. D'une façon générale, M. Claverie affirme que l'opération avec le bistouri ou le couteau est préférable aux caustiques, à moins qu'on n'ait affaire à une personne très anémiée. Schmiegelow conseille l'usage de la cuiller tranchante et des cautères à la galvano-caustique. Les méthodes composées consistent à attaquer la tumeur, après l'avoir mise à jour, par une opération préalable, soit par la bouche (méthode palatine), soit par le nez (méthode nasale), ou par la face (méthode faciale).

On apprend en somme, par la lecture de cette thèse, que les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, relativement rares, peuvent être des variétés de sarcôme, de carcinôme et d'épithélioma, sans qu'aucune d'elles soit spéciale à cette région; que les troubles fonctionnels que déterminent ces tumeurs, joints aux signes physiques et à leur évolution, permettront toujours de les diagnostiquer; que le pronostic est variable pour les sarcômes et toujours grave pour les autres tumeurs malignes du nez; enfin que le traitement est essentiellement chirurgical et que l'on doit intervenir le plus rapidement possible.

A la suite et à l'appui de ce travail, M. le docteur Albert Claverie reproduit 9 observations empruntées soit à la thèse de Casabianca (Paris, 1876), soit à celle de Delaux (Paris, 1883), qui les avaient eux-mêmes empruntés à Syme, à Viennois, à Duplay, à Péan, à Verneuil, à Delstanche et Marisque (de Bruxelles); et il termine son travail par la relation abrégée de deux nouveaux faits empruntés à la pratique de son maître, M. le docteur Moure (de Bordeaux). La thèse de M. Claverie n'a guère d'autre avantage que celui de présenter un assemblage de matériaux, en même temps qu'elle résume la doctrine d'un spécialiste laborieux et compétent.

Dr ALBERTUS.

BULLETIN

AJOURNEMENT DE LA DISCUSSION SUR LA RAGE — LES EAUX POTABLES A PARIS. — UN COMPLÉMENT DE L'AUTONOMIE DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE.—LE BACCALAURÉAT RESTREINT ET LES ÉTUDES MÉDICALES.

Sur la proposition de MM. Bronardel et Larrey, l'Académie de médecine a voté l'ajournement de toute discussion sur la rage jusqu'après le retour de M. Pasteur, qui prend en ce moment dans le Midi un repos bien légitimement gagné. On ne peut qu'approuver cette décision. Un petit combat d'escarmouche, renouvelé chaque semaine à propos de la première présentation venue, ne saurait convenir à une question de cette importance, qui demande un débat aussi serré qu'approfondi. Qu'on recueille donc, de part et d'autres, les faits, les expériences, tous les documents propres à éclairer la question, et qu'on les examine ensuite contradictoirement, en se souvenant qu'un fait ne peut ni confirmer, ni en infirmer un autre que s'il s'est passé dans les mêmes conditions que ce dernier. On oublie trop souvent ce principe élémentaire de toute discussion. A des recherches d'un savant on oppose des recherches d'autres savants qui se sont placés à des points de vue différents du premier. Les résultats obtenus de part et d'autre peuvent s'éclairer réciproquement, sans doute, mais ils ne sauraient rigoureusement se contrôler. De même on édifie souvent des statistiques avec des unités d'ordre différent ; ces statistiques ne sauraient ainsi avoir aucune valeur. S'il est impossible d'apporter en biologie la précision expérimentale qu'on rencontre dans les sciences physiques, c'est une raison de plus pour être sévère dans les modes de raisonnement qui ont pour base ou pour objectif les faits observés.

— Il est peu de questions d'hygiène publique aussi importantes que celle qui concerne les eaux d'alimentation. Aussi cette question préoccupe-t-elle le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, qui a chargé une commission, nommée dans son sein, de faire une enquête sur la nature des eaux d'alimentation de Paris. La Commission a rempli son mandat, et son savant rapporteur, M. Léon Colin, a relevé des faits qui méritent d'être connus.

Il établit d'abord, comme un principe indiscutable, que les eaux de source méritent seules le nom d'eaux potables, et doivent être partout substituées à celles de la Seine et de l'Ourcq. Or, la Vanne et la Dhuis fourniesant par jour 128,000 mètres cubes d'eau, soit plus de 50 litres par habitant, il semblerait que le problème hygiénique est résolu. Il n'en est rien cependant. Une partie des eaux de la Vanne et de la Dhuis est employée aux services extra-domestiques (bouches d'incendie, ascenseurs, etc.), et sur 76,000 maisons, il y en a 20,000 qui ne sont pas abonnées à ces eaux. Comme ce sont les maisons des quartiers les moins riches, par suite les plus peuplés, on peut dire que près de la moitié de la population parisienne est privée d'eau de source.

Mais ce qui doit le plus surprendre, c'est que les établissements publics, tels que les écoles, les lycées, les casernes, les hôpitaux, dans lesquels l'usage d'une eau d'alimentation pure est plus indispensable que partout ailleurs, sont alimentés par l'eau de Seine. Depuis que M. Colin a déposé son rapport, l'Administration s'est émue, et les établissements qui précèdent reçoivent on recevront bientôt les eaux de la Vanne et de la Dhuis.

On se demande pourquoi ces eaux, assez abondantes pour fournir 50 litres par jour et par habitant, ne seraient pas réservées exclusivement pour l'alimentation, l'eau de Seine et de l'Ourcq restant affectée aux autres services. Il y a, paraît-il, des difficultés pratiques qui tiennent à la double canalisation rendue nécessaire par cette mesure, et au défaut de pression de l'eau de rivière qui, dans de nombreux quartiers, ne peut monter aux divers étages des maisons. La dérivation prochaine des sources de la Vigne et de Verneuil permettra de remédier en grande partie à cet état de choses.

Il y a quelque temps, par suite d'une fissure survenue à l'aqueduc d'Arcueil, qui conduit les eaux de la Vanne, les maisons abonnées à ces eaux ont reçu de l'eau de Seine. Nous ferons remarquer, en passant, que cette substitution s'est faite sans que les consommateurs en aient été prévenus. Beaucoup d'entre eux, sans doute, durant les réparations de l'aqueduc et la suspension de l'eau de la Vanne, auraient eu recours à des eaux minérales de table. On invoquera, comme circonstance atténuante, que l'eau de Seine ainsi fournie est prise en amont du pont d'Ivry. Mais déjà, à ce niveau, l'eau du fleuve est souillée et peut devenir nuisible à la santé publique.

L'accident survenu à l'aqueduc d'Arcueil soulève une autre question. Pour réparer la fissure et en prévenir le retour, on a revêtu tout le conduit de l'aqueduc d'une feuille de plomb : n'y a-t-il pas là une source de dangers? Des faits d'intoxication, dans des cas semblables, sembleraient le démontrer. Pour prévenir toute conséquence fâcheuse et rassurer la population, les ingénieurs ont recouvert la feuille de plomb d'un badigeonnage au lait de ciment qui, en attendant le dépôt de couches incrustantes, servira de première couche protectrice et empêchera le contact de l'eau avec le plomb. Le moyen est ingénieux, mais demande à être surveillé.

On voit combien cette question des eaux potables de Paris est complexe, difficile dans l'application, et combien il importe que la vigilance du Conseil de salubrité ne fasse jamais défaut.

— L'autonomie du service de santé de l'armée, proclamé en principe par la loi du 21 juillet 1873, et entré dans la pratique en exécution de la loi du 16 mars 1882, présentait une lacune par ce fait que le personnel des officiers d'administration attaché aux hôpitaux et des infirmiers militaires relevait directement, non du service de santé, mais de celui de l'intendance. Il en résultait de graves inconvénients au point de vue du service et de l'expédition des affaires. Le ministre de la guerre vient de faire signer par le président de la République un décret en vertu duquel tout le matériel du service hospitalier et tout le personnel d'exploitation ressortissent à la direction du service de santé.

— Dans un rapport lu tout récemment au Conseil de la Faculté de médecine de Lyon, M. Lortet, doyen de cette Faculté, recherchant les causes qui, selon lui, ont ralenti l'essor des Facultés de médecine de province, accuse en première ligne le baccalauréat restreint, dont il fait le procès en règle.

« Ce baccalauréat, dit-il, presque exclusivement recherché par les futurs étudiants en médecine, est toujours conquis péniblement, avec les notes les plus médiocres, et le nombre

des ajournés est cinq ou six fois plus fort que celui des victimes des autres baccalauréats.

« ...Après un ou plusieurs ajournements, les futurs étudiants en médecine se découragent, les familles refusent de faire de nouveaux sacrifices, ou bien ces jeunes gens, repoussés des grandes villes de notre région, vont chercher ailleurs une Faculté des sciences plus clémente et restent alors souvent, pour leur malheur, dans une école secondaire de médecine qui ne peut leur offrir que des ressources incomplètes. » (1)

Le savant doyen justifie par des statistiques ces affirmations et montre comment on pourrait, sans inconvénient pour les futurs médecins, supprimer le baccalauréat restreint, tout en maintenant le baccalauréat ès lettres. Les études incomplètes afférentes au baccalauréat restreint seraient remplacées par des cours professés dans les Facultés des sciences et spécialement organisés pour les élèves en médecine de première année. M. Lortet demande en finissant que le conseil de la Faculté veuille bien transmettre, s'il y a lieu, un tel vœu à M. le ministre de l'instruction publique.

Il est à désirer que la même question soit examinée par les autres Facultés de médecine, ainsi que par les Ecoles de plein exercice et les Ecoles secondaires. Il est bon de remarquer, en effet, d'après les propres chiffres de M. Lortet, que le nombre des jeunes gens reçus au baccalauréat restreint est dans toutes les autres villes notablement plus élevé qu'à Lyon.

Dr F. de Ranse.

NOUVELLES

Officiat de santé. — Par une circulaire en date du 15 février dernier, adressée aux Recteurs, le ministre de l'instruction publique a décidé que, dans les épreuves écrites de l'examen du certificat d'études exigé des aspirants aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe, la version latine de la force de quatrième, pouvant être déjà remplacée par une version anglaise ou allemande de la force de quatrième de l'enseignement secondaire spécial, pourra de même être remplacée par une version italienne ou espagnole dans les Académies de Paris, Aix, Bordeaux, Montpellier et Toulouse.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 17 et 18 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 17 avril 1887

La séance sera ouverte à deux heures et demie.

1o Allocution du président ;

2o Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ;

3o Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. de Ranse, membre du Conseil général ;

4o Compte-rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1886, par M. Foville, secrétaire général ;

5o Première partie du rapport de M. Bucquoy sur les pensions viagères à accorder en 1887.

— A sept heures précises, le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 18 avril

La séance sera ouverte à deux heures et demie.

1o Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

2o Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ;

3o Deuxième partie du rapport de M. Bucquoy sur les pensions viagères à accorder en 1887. — Discussion et vote des propositions ;

4o Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1888 ;

5o Renouvellement partiel du Conseil général ;

Membres du Conseil à renouveler : MM. Gallard, décédé, Burdel, Peter, Denncé, Brouardel, Gavarret, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Conseil sont rééligibles.)

6o Examen du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine présenté par le gouvernement, étude par M. le docteur Riant, membre du Conseil général ;

7o Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1888.

Congrès français de chirurgie. — La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris au mois d'avril 1888 (un avis ultérieur indiquera la date précise), sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).

II. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

III. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétévant et d'Estlander. Indications, contre-indications et résultats définitifs).

IV. De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes et de la prophylaxie.

Extrait des statuts :

I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie.

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation.

Extrait du règlement.

I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Le secrétaire général, S. Pozzi.

Société protectrice de l'enfance. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue Sorbonne, 15, le dimanche 27 février 1887, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le docteur J. Rochard, de l'Académie de médecine.

Ordre du jour :

1o Discours de M. le docteur J. Rochard;

2o Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache ;

3o Rapport sur les mémoires envoyés pour les prix, par M. le docteur Marjolin ;

4o Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Perier ;

5o Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Marheau.

(1) *In : La Province médicale, n° P.*

— La Société d'ophthalmologie française se réunira le lundi 2 mai, à Paris. La liste et l'analyse des travaux à présenter dans cette session doivent être adressés au plus tôt possible à M. le secrétaire général de la Société.

La Gazette géographique et l'exploration. — Sommaire du numéro 6.

La France dans l'Afrique du Nord. — Une lettre de M. Anselme Régnier. — L'expédition au secours d'Emin Bey.—Guide de l'émigrant.—Le docteur Junker.— Affaires coloniales de la France. — Mouvement colonial de l'étranger. — Nouvelles géographiques.— Renseignements commerciaux et statistiques. — Revue des Sociétés. — Bibliographie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 13 au samedi 19 février 1887

Fièvre typhoïde 29.—Variole 6 — Rougeole 62.— Scarlatine 4. — Coqueluche 13.— Dipthérie, croup, 35. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 197.— Autres tuberculoses 29. — Tumeurs : Cancéreuses 38. — Autres 8. — Méningite 40. — Congestion et hémorr. cérébr. 54. — Paralysie 10. — Ramollissement cérébral 9.— Maladies organiques du cœur 52.— Bronchite aiguë 44. — Bronchite chronique 58. — Broncho-pneumonie 31. — Pneumonie 65. — Gastro-entérite : Sein 33. — Biberon 40. — Autres 15.— Fièvre et périt. puerpérales 11.— Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 46. — Sénilité 43. — Suicides 19. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 163. — Causes inconnues 7.— Total de la semaine: 1.173 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par M. H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8 de 836 pages, avec 175 figures. — Prix, 12 fr. — Paris, 1887, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire, par le docteur Kahn. In-8 avec 5 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

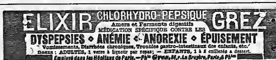
De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où dominent les desquammations épithéliales et en particulier du choléra asiatique, par le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie française. Un volume in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Bibliothèque de l'Assistance publique. — *Les enfants assistés de la Seine*, par le docteur H. Thulié, membre du Conseil de surveillance des asiles de la Seine. — Un vol. in-4· carré de 660 pages avec 5 plans et 2 cartes. — Prix : 15 fr. — Paris, publications du Progrès médical.

Transactions of the Academy of medicine in Ireland, vol. IV, edited by W. Thomson, secrétaire général, chirurgien à l'hôpital Richmond. — Dublin, Fannin.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

LES DIABÉTIDES. — Leçon de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

Messieurs,

Vous venez voir dans le service deux cas du plus haut intérêt, sur lesquels je veux appeler votre attention.

Le premier concerne une femme qui est entrée à l'hôpital il y a quatre semaines; à première vue, la lésion dont elle est atteinte est un eczéma vulvaire, de par l'état de suintement de la lésion, la limitation diffuse de ses contours et les démangeaisons.

Mais on ne doit pas borner à cela le diagnostic, car s'il existe un eczéma essentiel, dans la grande majorité des cas l'eczéma est symptomatique. Dire simplement eczéma, ce n'est donc faire, dans beaucoup de cas, que la moitié du diagnostic; il faut ajouter un qualificatif, et, dans le cas actuel, il est facile d'ajouter ce qualificatif : *diabétique*.

Dans les cas d'eczéma localisé à la vulve, il faut, on doit songer au diabète. Cette malade urine 3 litres 1/2 par jour, et on a trouvé dans l'analyse de ses urines du sucre dans la proportion de 360 grammes en vingt-quatre heures.

Elle a été soumise au traitement classique du diabète ; le chiffre du sucre n'était plus hier que de 74 grammes en vingt-quatre heures, et l'eczéma est presque guéri. Les résultats du traitement ont confirmé le diagnostic.

Le deuxième cas concerne un malade qui est venu dans notre service il y a huit jours, présentant un sphacèle du gland, sphacèle, menaçant, car il est encadré d'un liseré bleu de cyanose indiquant une tendance à l'extension.

Nous avons à mettre en cause une gangrène chancreuse ou une gangrène diabétique. L'interrogatoire du malade permet d'écarter la première hypothèse; quant à la seconde, l'analyse de l'urine décèle 75 grammes de sucre par litre.

Nous avons fait le traitement des phagédénismes ; bains prolongés, cinq, six et sept heures, pansement à l'iodoforme.

Ces deux cas nous offrent une occasion propice de traiter un sujet encore peu connu, celui des diabétides. J'ai dit *diabétides*, et, en effet, pourquoi ne dirait-on pas diabétides, comme on dit syphilides ? Le mot est correct, expressif.

L'influence nocive du sucre sur la peau est bien connue ; il y produit du prurit, de l'érythème, de l'eczéma, des furoncles, des anthrax, etc. Elle peut se manifester sur les organes génitaux, d'autant plus facilement que, à la cause générale (glycémie), s'ajoute une cause locale, le contact de l'urine sucrée avec les organes génitaux.

Le sucre est directement et particulièrement irritant pour

FEUILLETON

NOTICE SUR LA VIE ET LES TRAVAUX DU PROFESSEUR BOUISSON (de Montpellier), lue à la Société de chirurgie par M. le docteur CHAUVEL, secrétaire général.

Suite et fin. — Voir les numéros 6, 7 et 8.

La guerre de 1870 impose à Bouisson d'autres obligations en l'appelant à l'administration des affaires publiques.

Conseiller municipal de Montpellier depuis nombre d'années, il est nommé le 8 février 1871 représentant à l'Assemblée nationale par le département de l'Hérault. Il s'y fait bientôt une place. Membre de la Commission des forces militaires, il est chargé du rapport sur l'état et le service sanitaire de l'armée à la cessation des hostilités. Plus tard, membre de la grande Commission de l'armée, il rédige, au nom de la sous-commission des services administratifs, et dépose sur le bureau de la Chambre, dès 1872, un projet de loi sur la réorganisation du corps et du service de santé militaire Dans ce projet, conclusion d'un rapport aussi éloquent que démonstratif, mais qui ne fut ni discuté ni voté, notre éminent collègue posait les bases d'une autonomie que la loi de 1882 a singulièrement modifiée et limitée. Plus logique, Bouisson plaçait sous la direction, sous l'autorité des médecins en chef, tout le personnel concourant à l'exécution du service, et, des sections d'infirmiers, il faisait des troupes de santé, mises en dehors de toute action de l'intendance. A ceux que l'opinion publique fait désormais responsables, parce qu'elle croit en leurs mains la direction et le pouvoir, le rapporteur de l'Assemblée ne refusait pas les moyens d'action. Espérons que cette solution, la seule rationnelle, sera quelque jour acceptée.

Mû par une généreuse pensée, l'honorable professeur veut demander à une souscription publique, à des versements volontaires, le paiement de l'indemnité de guerre à l'Allemagne ; il s'inscrit en tête des listes pour une somme de dix mille francs. Demander à une nation épuisée une contribution spontanée de cinq milliards, c'était courir à un échec, c'était surtout troubler profondément, ruiner peut-être, un équilibre financier bien difficilement rétabli. Bouisson le comprit ; il retira sa proposition.

la peau; on le voit chez les ouvriers des raffineries qui manipulent les jus, les mélasses.

L'urine subit une fermentation acide, lactique ou acétique, peu importe; cette transformation est dangereuse pour la peau.

En outre, il se forme des végétations cryptogamiques; on trouve sur le gland, sur la face muqueuse du prépuce, sur la muqueuse de la vulve, une crasse qui, soumise à l'examen microscopique, présente: 1° Des spores isolées ou en chapelet; 2° du mycélium sous forme de filaments tubulés, quelquefois ramifiés, les uns stériles, les autres renfermant des spores. C'est donc une crasse parasitaire. Pour les uns, c'est le champignon de la levûre de bière; pour d'autres, c'est celui du muguet, c'est un cryptogame de l'ordre des saccharomycètes. Il y a donc trois causes qui contribuent à faciliter l'irritation cutanée.

Ces causes produisent des accidents divers, qui ont presque toujours un avant-coureur, c'est le *prurit génital*.

Chez la femme dont nous venons de citer le cas, ce prurit existe depuis cinq ans, et chez l'homme aussi il persiste depuis plusieurs années.

Chez l'homme, ce prurit est peu de chose, comparativement à ce que l'on observe chez la femme; il siège surtout au niveau du gland, au pourtour du méat. Il présente des degrés variables: léger, moyen ou excessif. Prurit léger, c'est l'habitude; moyen, c'est une souffrance réelle, parce qu'il se produit plus fréquemment. Parfois il est excessif, et nous avons observé un prurit effrayant chez un homme de 50 ans, diabétique inconscient, qui avait en vain essayé plusieurs traitements et dont les urines contenaient 54 grammes de sucre par litre. Le traitement du diabète fit disparaître le prurit.

Chez la femme, c'est bien autre chose; il occupe la vulve, quelquefois les parties péri-vulvaires, le périnée, la région anale. C'est une sensation de brûlure, surtout de fourmillement, se produisant par intermittences ou subissant des exacerbations, en quelque sorte des accès de rage, disent les malades.

Il est plus intense chez la femme, en raison de l'étendue des surfaces muqueuses, et, par sa violence, il peut déterminer des accidents, du nervosisme, de l'insomnie, de la dyspepsie, de l'amaigrissement, etc.

Ce prurit se produit le plus habituellement sans lésions cutanées, quoique très intense. Chez notre malade, il a duré cinq ans, et c'est depuis quelques semaines seulement que l'eczéma est survenu.

Il peut exister sans grands symptômes du diabète, polyphagie, polydipsie, polyurie. Trousseau a cité un cas dans lequel le prurit seul fit soupçonner le diabète. De là, ce premier précepte, très important, que, en présence d'un cas de prurit génital et surtout vulvaire, il faut faire l'examen des urines.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical du chancre syphilitique non compliqué, par Paul Thiéry, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Lorsqu'on cherche à se rendre compte de l'action des topiques employés pour hâter la cicatrisation du chancre syphilitique, on ne tarde pas à reconnaître leur inefficacité absolue: c'est ce qui résulte non seulement de l'expérience que nous avons pu en faire à l'hôpital du Midi dans le service de notre maître le docteur Humbert, qui, avec sa bienveillance habituelle, a bien voulu nous laisser toute latitude à cet égard, et nous tenons à l'en remercier, mais encore de la lecture de la plupart des traités classiques publiés à ce sujet.

Les onguents, les pommades, ont une action préservatrice qui prévient peut-être certaines complications telles que le phagédénisme, mais leur application «n'abrège pas d'un seul jour la durée du chancre syphilitique.» Telle est la conclusion des auteurs, et elle est vraiment bien peu encourageante.

Le chancre induré tend lui-même à la résolution, cela est incontestable, mais la guérison est presque toujours lente à se produire, tant et si bien qu'on a assigné à la lésion une durée de un à quatre mois, durée véritablement considérable si l'on songe que, pour des raisons multiples sur lesquelles il est inutile d'insister, le malade est pressé de voir disparaître ce premier accident qui l'effraye, alors que son esprit ne s'est pas encore accoutumé à envisager de sang-froid la maladie, et qui dans bien des conditions sociales est compromettant, nous pourrions même dire souvent préjudiciable à de graves intérêts à la fois moraux et matériels.

Comme médecin, comme membre de l'enseignement supérieur, le rôle du doyen de la Faculté de Montpellier à l'Assemblée nationale était tracé d'avance. Il fut à la hauteur de sa tâche. Dès le 11 avril 1871, il soutient énergiquement la proposition, trop générale peut-être, qu'il avait déposée sur le bureau de la Chambre: « Le ministère de l'Instruction publique et des cultes, disait-elle, sera doté à partir de ce jour, de manière à donner ample satisfaction à tous les intérêts intellectuels, moraux et religieux, de la France. » De telles dépenses, loin d'être improductives, créent des forces nouvelles et contribuent au développement de la richesse publique.

Après avoir appuyé en 1872 la prise en considération de la proposition Naquet, Bourgeois, tendant à la révision de la loi de l'an XI et à la préparation d'un projet général sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, il combat l'année suivante le projet déposé par ses collègues, réclamant pour de telles discussions une époque plus calme, moins troublée par les luttes politiques. Peut-être craignait-il de trouver devant lui cet esprit de méfiance qui fait, malgré ses efforts et malgré la raison, exclure des Commissions administratives des Institutions de bienfaisance, les représentants du Corps médical, de ses Ecoles et de ses Facultés. Plus heureux pour le Conseil supérieur de l'enseignement et pour les Conseils académiques, il obtient qu'un membre de l'Académie de médecine fasse partie du premier, et que les directeurs des Ecoles de pharmacie entrent de droit dans les seconds.

Nous ne dirons pas toutes les demandes que Bouisson fait chaque année en faveur de la Faculté qu'il dirige. Création d'une chaire d'anatomie pathologique et d'histologie; création d'un cours d'histoire de la médecine; allocations pour laboratoires; il lutte pied à pied pour arracher à la Commission du budget des subventions toujours plus élevées. Chargé depuis septembre 1873 de l'administration de l'Académie de Montpellier, il est l'opposant le plus acharné à la fondation des nouvelles Facultés que Lyon, Bordeaux, Nantes, Marseille, Toulouse, Lille, réclament à l'envi, par la voix de leurs représentants. Qu'on fonde dans l'ouest de la France, dans ce pays déshérité jusqu'ici, un grand centre d'études médicales; il l'admet au besoin. Mais enserrer Montpellier entre Lyon, Marseille, Toulouse, il se refuse à l'accepter. Pourquoi créer de nouvelles Facultés, quand celles qui existent manquent du nécessaire? Pourquoi augmenter le nombre des médecins, quand déjà beaucoup d'eux traînent une existence difficile.

On a vanté tour à tour les remèdes les plus divers, et, sans en vouloir donner une liste complète, il n'est pas sans intérêt d'en citer quelques-uns.

Topiques liquides et solutions diverses. — Vin, alcool, liqueur de Van Swieten, vin aromatique, liqueur de Labarraque étendue, tartrate de fer, chlorure de zinc, guaco, acide phénique, teinture d'iode, perchlorure de fer.

Onguents et pommades. — Onguent napolitain, pommade au calomel, onguent digestif simple.

Topiques pulvérulents. — Iodoforme, oxyde de zinc, acide salicylique, alun, sulfate de cuivre, pierre divine.

Enfin, à ces topiques viennent s'ajouter des remèdes populaires : vinaigre, sel, tabac ! cendres de pipe ! ! poudre de chasse ! ! ! et même l'urine, tous inutiles au moins et bien souvent dangereux.

C'est donc une expectation dissimulée que proposent les auteurs dont nous avons lu les ouvrages. Diday et Doyon, Jullien, Belhomme et Martin, Langlebert, Ricord, Hunter, Cornil, Fournier, J. Rollet, Ricord et Fournier, Diday, Cullerier, Rizat.

Les ouvrages qu'il eût fallu consulter ne se bornent pas certainement à ce nombre trop restreint de traités sur la maladie vénérienne ; aussi ne voulons-nous point préjuger et ne donnons comme nôtre qu'avec une extrême réserve le traitement que nous croyons applicable à la cure du chancre syphilitique.

C'est sollicité par un grand nombre de malades inquiets de leur état, désireux d'une prompte guérison (beaucoup la voudraient immédiate), que nous avons été amené à ériger en principe un traitement chirurgical déjà employé à coup sûr, mais dans un but tout autre que celui que nous proposons.

Nous désirons bien établir dès maintenant que nous n'avons en vue que le chancre syphilitique non compliqué, c'est-à-dire non gangréneux, non phagédénique, etc. Mais ce chancre non compliqué lui-même est éminemment variable dans sa forme, dans son siège, et on peut prévoir dès l'abord qu'il ne peut y avoir une méthode de traitement unique et également applicable à tous les cas.

Nous croyons cependant pouvoir ramener les procédés qui nous ont le mieux réussi à deux variétés que nous allons successivement passer en revue : la cautérisation et l'excision qui forment le traitement chirurgical proprement dit, tranchons le mot, le traitement curatif.

Parmi les topiques, nous n'en examinerons qu'un, et son histoire résume celle de tous les autres. C'est l'onguent napolitain généralement employé dans le service de M. Humbert ; il est tout à fait innocent ; c'est un traitement facile à suivre, un pansement facile à faire appliquer par le malade lui-même; il se réduit à quelques lavages à l'eau fraîche suivis d'onctions à l'onguent : les onguents mercuriels, dont les effets sont si désastreux dans le traitement du chancre simple, protègent le chancre syphilitique, empêchent les irritations extérieures, mais ne limitent point l'érosion et n'en hâtent point la guérison. C'est donc un procédé tout à fait bénin, applicable à tous les cas si le malade n'est point pressé et consent à attendre patiemment la régression lente du syphilome primitif; il est indiqué chaque fois que le malade redontera une intervention chirurgicale.

Mais bien souvent le désir d'une guérison hâtive l'emporte sur l'appréhension d'une intervention, et le chirurgien nous semble alors autorisé, après avoir pris avis du malade et obtenu son consentement, à tenter soit la cautérisation, soit l'excision du chancre.

Cautérisation. — Nous n'avons point la pensée d'examiner la cautérisation au point de vue prophylactique ; c'est presque toujours dans ce but qu'elle a été tentée, et, malgré quelques exemples encourageants, nous admettrons ici, du moins, que, le chancre apparu, la syphilis générale existe. C'est pourquoi, dès le début, nous avons rejeté la cautérisation potentielle, nitrate d'argent, chlorure de zinc... pour ne tenter que la cautérisation actuelle à l'aide du thermo-cautère.

Tout chancre érosif, quels que soient son étendue, son siège, peut être traité de la sorte; le chancre bien absterge, on le couvre de petites pointes de feu rapprochées, superficielles : l'opération est vraiment peu douloureuse, et, de l'avis des malades, « ils ont plus de peur que de mal ». On la répète soit tous les deux jours, soit tous les matins. En général, après quelques séances, cinq ou six, le chancre semble marcher franchement vers la cicatrisation qui est annoncée par l'apparition d'un liseré bleuâtre, puis blanc, d'épithélium, et alors il est surprenant de voir la rapidité des progrès de la collerette épithélialo ; naturellement, on cesse à ce moment toute cautérisation, car elle entraînerait une cicatrice très ap-

La multiplicité des Ecoles secondaires n'a pas donné à nos campagnes plus d'officiers de santé ; la fondation de Facultés n'accroîtra pas davantage le nombre des docteurs, et n'enlèvera pas à Paris les étudiants, qu'y attirent les plaisirs de la capitale, bien plus que la facilité du travail.

La multiplicité, c'est la concurrence par l'indulgence, la quantité substituée à la qualité, l'abaissement des études et du professorat, d'inutiles dépenses pour l'Etat et pour les villes elles-mêmes. Lyon surtout semblait à Bouisson redoutable, et, pour le combattre, il en arrive, bien qu'hésitant, à appeler à son aide les passions politiques. Il rappelle à l'Assemblée le mot du ministre Guizot, répondant à la demande d'une Faculté, à Lyon : « Je ne veux pas donner des officiers à l'émeute » ; il invoque l'opinion de M. Thiers ; il compare les tendances matérialistes de la grande ville à l'esprit spiritualiste qui caractérise l'enseignement médical de Montpellier.

Vains efforts, éloquence inutile ; la majorité l'applaudit, mais son contre-projet est définitivement rejeté, et la Chambre vote en troisième délibération la création de Facultés de médecine à Lyon, Bordeaux et Lille, la fondation d'Ecoles de plein exercice à Nantes, Toulouse et Marseille. Les craintes de Bouisson n'étaient pas sans fondement. Depuis dix ans qu'existent les Facultés nouvelles, la France compte-t-elle un savant, un praticien de plus ? Je ne voudrais pas l'affirmer.

Partisan convaincu de la liberté de l'enseignement supérieur, notre éminent confrère ne l'admettait qu'avec de sérieuses garanties. Comment faire une Ecole de médecine, si l'on n'a ni hôpitaux, ni laboratoires, ni sujets pour l'anatomie ? Toute demande de création doit donc établir la possession de ces éléments nécessaires d'une instruction pratique. Ce n'est pas tout encore. Aucune Université libre ne devrait être admise à conférer des grades qu'après douze années d'exercice et après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

L'amendement de Bouisson fut rejeté à la faible majorité de 16 voix sur 666 votants, et l'on put voir un instant fonctionner les jurys mixtes, *ces moitiés de bons jurys*, dont l'existence, fort heureusement pour la justice et pour la science, n'a duré que quelques mois.

Dans les questions politiques, Bonisson vota toujours avec le centre droit. Après le 16 mai 1873, il fut nommé par le ministre

parente, inconvénient que l'on évite facilement si l'on interrompt à ce moment l'intervention.

Entre chaque séance de cautérisation, il est bon de recouvrir le chancre d'un corps onctueux qui atténue les frottements et l'isole des parties voisines, la vaseline simple ou la vaseline boriquée, par exemple.

Cette pratique, on le voit, a pour point de départ l'idée de l'étiologie bactérienne du chancre, indubitable, quoique non prouvée; elle transforme le chancre syphilitique bactérien qui dure plusieurs mois, c'est-à-dire tant que la colonie microbienne prospère en une plaie simple qui guérit promptement, desideratum déjà formulé depuis de longues années pour le traitement du chancre simple.

Nous résumons dans le tableau suivant les résultats que nous avons obtenus chez les malades dont nous avons conservé l'observation complète. Quelques-uns d'entre eux ont été revus; la cicatrice n'était ni hypertrophique ni difforme; elle était, seulement dans quelques cas, pigmentée à la périphérie, phénomène fréquent d'ailleurs à la suite des chancres traités par les topiques ordinaires.

N°	Nom, Salle, Lit	Nombre et siège des chancres Diamètre de l'érosion	Début.	Entrée	Sortie	Date de la 1re cautérisat.	Nombre de caut.	État à la sortie	Durée du traitement
I	Yoni..., s. 1, no 8	Un chancre syph. en volet du sillon 2 centimètres et un petit chancre du filet.	3 semaines	30 déc.	8 janv.	30 déc.	6	Guéri.	9 jours
II	Emon..., s. 1, no 1	Chancre en volet, 3 cent. 1/2.	1 mois 1/2	30 déc.	15 janv.	30 déc.	8	L'érosion a diminué dans la proportion de 2/3.	16 jours
III	Houq..., s. 1, n° 2	Chancres multiples disséminés sur le fourreau et le gland.	12 jours	23 déc.	8 janv.	30 déc.	4	Guéri.	9 jours
IV	Delau..., s. 1, n° 1	Cinq chancres syphilit. de la rainure et du fourreau, 3 cent. (pour le plus grand).	1 mois	17 janv.	29 janv.	19 janv.	6	Presque cicatrisé.	10 jours
V	Gain..., s. 1, n° 13	Deux chancres de la rainure 1 cent. 1/2 induration cartilag. considérable.	1 mois 1/2	10 janv.	22 janv.	12 janv.	4	Guéri.	10 jours
VI	Dou..., s. 1, no 4	Grand chancre de la face dorsale du fourreau 4 cent. 1/2.	15 jours	13 déc.	15 janv.	29 déc.	10	Guéri.	17 jours
VII	Leg..., s. 1, no 8	Large chancre syphil en volet, induration considérable 2 cent.	10 jours	10 janv.	21 janv.	11 janv.	5	Guéri. Il reste un peu d'induration.	10 jours
VIII	Fus..., s. 1, no 3	Large chancre du fourreau 3 cent.	3 mois	6 janv.	1er fév.	12 janv.	5	Guéri. On a cessé les cautér. à partir du 25 janv.	20 jours
IX	Lam..., s. 1, no 12	Chancre de la langue.	2 mois	28 oct.	13 nov.	2 nov.	5	Guéri. L'induration a complètement disparu	12 jours
X	Wit..., s. 1, no 2	Chancre du fourreau, 3 cent.	6 semaines	10 janv.	28 janv.	12 janv.	7	Guéri.	17 jours

Bien que cette méthode ne nous paraisse pas comparable comme rapidité à l'excision, elle donne de bons résultats si l'on s'applique à cautériser le chancre, non pas en nappe pour ainsi dire, avec le plat du couteau de platine, mais au contraire

---

Batbie membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, le 7 juin; puis administrateur de l'Académie de Montpellier le 27 septembre de la même année.

Il conserva ces fonctions jusqu'en 1876, époque où il fut brusquement remplacé, sans un mot de remerciement. Après avoir repoussé l'amendement Wallon, il adopta l'ensemble des lois constitutionnelles. Le rôle de l'Assemblée était terminé. Soit besoin de repos, soit crainte d'un échec devant les tendances fort avancées de son pays natal, Bouisson se retira volontairement de la scène politique; il déclina toute candidature nouvelle.

Malgré les déplacements continuels qu'entraînaient ses multiples fonctions, malgré les charges de la députation, le professeur de Montpellier, pendant ces cinq années, donnait au *Dictionnaire encyclopédique* plusieurs articles (Castration, 1874; Circoncision, Langue, Lèvres, 1876), importants, véritables modèles du genre par la netteté des idées et l'élégance du style. Plus hardi dans ses préceptes que dans sa pratique, il conseille, dans les cancroïdes des lèvres et de la langue, les interventions extrêmes, la poursuite de tous les ganglions indurés, car, dit-il, avec raison : On n'a rien fait, s'il reste encore quelque point suspect à enlever.

Si les années n'avaient pas amené chez Bouisson le désir d'une retraite absolue, l'état de sa santé lui commandait le repos. Membre associé ou correspondant de toutes les Sociétés médicales de France, attaché par les mêmes liens à beaucoup d'associations scientifiques étrangères, entouré de l'estime et des sympathies de tous, possesseur d'une fortune noblement acquise, il lui manqua le bonheur de se voir renaître en ses enfants. La reconnaissance lui fit épouser dans sa jeunesse une femme plus âgée qui l'avait soigné comme une mère. Veuf, il prit pour nouvelle épouse la fille d'un collègue, agrégé de la Faculté, un de ces chirurgiens distingués dont il savait si bien faire l'éloge, le docteur Bertrand, ancien député à l'Assemblée constituante de 1848, républicain honnête et convaincu. Bouisson trouva dans cette seconde union cette communauté de sentiments qui fait le charme de la vie; et celle qui le consola dans ses déboires et l'assista dans ses souffrances, le pleure encore aujourd'hui.

De ses premières études, notre collègue avait conservé pour l'histoire, pour les arts, pour la littérature, une prédilection marquée. Bibliophile délicat, causeur aimable, musicien et peintre à l'occasion, il consacrait à ses collections, à ses lectures, parfois à

avec le tranchant de l'instrument, de façon à pénétrer quelque peu l'induration sous-jacente et en favoriser en même temps la régression.

Ce qui la rend précieuse, c'est qu'elle trouve justement son application dans le traitement des chancres pour lesquels le chirurgien se croit en général désarmé, nous voulons parler des chancres extra-génitaux, et principalement des chancres de la langue et de la lèvre qui sont hypertrophiques,et deviennent pour les malades et leur entourage une source d'ennuis et de dégoût: l'excision en est impraticable, car ce serait une véritable mutilation, les applications et le maintien des topiques impossibles ou dangereux (sels de mercure qui peuvent occasionner des accidents toxiques) (1).

On pourrait lui faire, ainsi qu'à l'excision, un reproche : la cautérisation dénature le chancre et en rend le diagnostic difficile ou impossible ; mais l'objection n'a pas de valeur. Le chirurgien n'appliquera l'un ou l'autre moyen qu'après avoir fait un diagnostic certain ; dans le doute, il s'abstiendra jusqu'au moment où il sera fixé sur la nature de la lésion qu'il veut traiter.

(A suivre).

(1) Nous avons également employé la cautérisation ignée dans le cas de plaques muqueuses hypertrophiques, où elle nous a donné d'excellents résultats.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

Le milieu intérieur. — La pathologie comparée.
Première leçon du cours de géographie médicale, professé par M. le docteur A. Bordier à l'École d'anthropologie.

Suite et fin. — Voir les numéros 7 et 9.

VI

En résumé, messieurs, le *milieu intérieur* de tous les êtres vivants est le même fondamentalement. Or, toutes les maladies résultent soit des troubles directement nés dans le milieu intérieur (maladies d'évolution, de nutrition), soit de troubles qui sont déterminés par le milieu extérieur commun à tous les êtres (maladies cosmiques, accidentelles, parasitaires ou à microbes). La *pathologie comparée* doit donc s'attendre à de grands rapprochements entre les êtres en apparence les plus différents.

La chaleur, le froid, ont sur tous les êtres vivants à peu près une même action, etc..... mais, dans la série des êtres, la multiplication des organes, résultat d'une division progressive du travail, augmente naturellement les chances de lésion organique : il n'est pas étonnant que les maladies du cerveau aient leur maximum chez l'homme, puisque c'est lui, qui, sous le rapport de cet organe, représente le *terminus* actuel.

Ce qui est important pour nous dans l'étude que nous allons entreprendre, c'est de chercher à déterminer des familles pathologiques et de les comparer avec les familles actuelles. Il y a des familles très naturelles au point de vue chimique : dans les solanées se rencontre une substance presque identique, quoique physiologiquement différente, connue sous les noms d'*atropine*, d'*hyoscyamine*, de *daturine* et de *solanine*; les renonculacées ont toutes le même suc âcre et visqueux ; les crucifères sont riches en soufre et en ammoniaque ; les malvacées ont un principe émollient ; les légumineuses sont riches en matières féculentes ; les ombellifères en principes aromatiques.

Il doit y avoir de même des familles naturelles devant la pathologie ; l'idéal de la pathologie comparée, comme science philosophique, c'est de les déterminer. Malheureusement, ce travail est tout entier à faire : nous connaissons bien certaines maladies, qui, propres au lilas, atteignent volontiers d'autres jasminées, le frêne, le troène ; nous savons bien que le charbon montre une prédilection pour les ruminants ; nous savons déjà que la variole s'étend jusqu'aux oiseaux, que la syphilis englobe peut-être tous les mammifères, mais il faudrait arriver à inscrire, dans l'arbre généalogique de tous les êtres, des courants pathologiques dont les uns n'engloberaient qu'une famille, d'autres une espèce, un genre, dont quelques-uns enfin remonteraient peut-être jusqu'à la matière primordiale. La théorie de la descendance ne saurait trouver de meilleurs arguments que ceux que peut ainsi lui fournir l'étude philosophique de la pathologie comparée.

Je ne connais pas d'exemple plus probant de la finesse d'analyse que peut fournir l'étude de la pathologie comparée et de l'appui qu'elle donne au transformisme que le fait suivant : en 1865, le peste bovine fut apportée au Jardin d'acclimatation de Paris par deux gazelles venues de Londres, où régnait le typhus bovin. La maladie fut communiquée aux an-

---

la poésie, les heures qu'il dérobait à ses travaux scientifiques. Rempli de dévouement pour ses malades, l'aménité de son caractère lui avait attaché comme amis ses nombreux clients. Il avait pris pour sa devise : Faire bien, s'estimer peu ; il y sut rester fidèle. Dangereusement malade, il poussait encore à l'excès l'amour du travail et la passion de l'étude. Pour se rapprocher de ses livres, il s'était fait transporter à son domaine de Grammont. C'est là que les crises finales vinrent le terrasser, c'est là qu'il mourut le 20 mai 1884, religieux à sa dernière heure, comme il l'avait été toute sa vie.

Bienfaiteur de la Faculté de Montpellier pendant sa longue carrière, il léguait à sa chère Ecole, en même temps qu'une bibliothèque de choix, une somme de cent mille francs pour la fondation de cinq prix annuels en faveur des élèves les plus méritants. Favori de la fortune, il n'avait pas oublié les moments difficiles de ses jeunes années. Il savait que le travail ne conduit pas toujours à la richesse et qu'à côté des heureux de ce monde se cachent bien des misères. Chaque lutte laisse des victimes, chaque combat des blessés.

Savant, mais philosophe aussi, notre éminent collègue se disait, j'en suis sûr, que les travaux vieillissent plus encore que les hommes. Sa longue expérience lui montrait que les incessants progrès de la science jettent rapidement dans l'oubli les recherches les plus méritoires ; que le présent, que l'avenir, n'ont guère souci du passé.

Eloquence, érudition, savoir, ne comptent qu'un instant. Avec l'homme disparaît bien souvent l'autorité de ses écrits, et de ceux qui conquirent leur heure de gloire, parfois les œuvres de bienfaisance, les fondations généreuses, conservent seules le souvenir.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Pollosson, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe.

Ecole de médecine d'Amiens. — Sont nommés préparateurs : 1o de chimie, M. Ségard; 2o d'histoire naturelle, M. Leplomb.

Congrès des Sociétés savantes. — La réunion des délégués des Sociétés savantes, qui se tenait d'habitude pendant la semaine de Pâques, aura lieu cette année à la Sorbonne les mardi 31 mai et samedi 4 juin.

tilopes, aux cerfs, aux yacks, âux aurochs, aux zébus, aux montons, aux chèvres, tous ruminants.

Cette maladie dessine, en effet, par l'aptitnde qn'elle lui offre, la famille naturelle des ruminants. Il y ent une seule exception : le typhus atteignit un pécari, seule victime en dehors des ruminants. Mais le pécari est un suidé, et les suidés ont âvec les ruminants les plus grandes affinités anatomiques : tandis qne les ruminants adultes ont pour formule dentaire $I\,\frac{0}{4} - C\,\frac{0}{0} - M\,\frac{6}{6}$ leurs fœtus ont pour formule en germe $I\,\frac{3}{3} - C\,\frac{1}{1} - N\,\frac{7}{7}$ comme les suidés adultes; les suidés présentent en outre une tendance à la division stomacale, et chez le fœtus l'estomac préeente de véritablee compartiments.

La famille bien natnrelle qne nous a fait voir l'anatomie est complétée par la pathologie ; il faut donc qu'elle ait des caractères de *milieu intérieur* bien naturels pour que le microbe de la peste n'ait pu s'y tromper !

Chez tous lee êtres, lee maladies sont en rapport avec l'habitat, avec la fonction, nous disons,pour l'homme, avec la profession. Or, ces maladies *professionnelles* existent chez lee animaux comme chez l'homme : le rhumatisme et les affections cardiaques sont fréqnents chez les oiseaux plongeurs comme chez lee plongeurs malais et pour le même motif ; les parasitee du tube digestif, les filaires, s'observent de préférence chez les échassiers, les palmipèdes, comme chez les hommes qui habitent dee contrées marécageuses, chez le canard et chez le cochon, ces deux analogues, comme chez les hommes qui vivent de détritus. Faut-il rappeler lâ communauté de parasites qui rattâche le chasseur à sa proie, dont c'est la seule vengeance : le loup au mouton, le chat à la souris, le chien au lapin, etc., je pourrais ajouter l'homme au bœuf et au porc ?

Faut-il rappeler les maladies vraiment professionnelles de l'appareil locomotenr ou cardio-pulmonaire chez nos chevaux ? Les maladies des reins semblent de même fréquentes chez les oiseaux comme chez les reptiles, les uns et les autres chargés d'une importante élimination d'acide urique.

VII

Dans tous les cas, l'étude de la pathologie comparée ne peut être séparée de celle du *milieu intérieur*,car, quelleque soit la cause morbide, si extérieure et si accidentelle soit-elle, c'est le milieu interieur qui réagit à sa façon toute personnelle. La graine est beaucoup, mais le terrain est plus encore. Le pou est un parasite, mais tout le monde n'est pas également sujet à avoir des poux. Je comparerais volontiers ce qui se passe ici à ce qu'on observe pour les galles des végétaux : ce sont des excroissances formées par le végétal à la suite de la piqûre d'un cynips et du dépôt de ses œufs ; ce sont, en quelque sorte des fruits, dont la graine est un animal ; mais ce n'est pas le cynips qui décide de la nature de la galle,c'est le végétal. Plusieurs cynips différents sur un même chêne produiront une même galle ; les mêmes cynips sur des chênes différents produisent des galles différentes.

La graine est bien la canse,mais c'est le *terrain*,c'est le *milieu intérieur* qui fait la maladie ; c'est en vertu d'un déterminisme anatomiqne,physique ou chimique que tel ou tel individu possède,pour telle maladie,l'aptitude nécessaire ou l'immunité suffisante. Chaque chêne fait sa galle à lui, en rapport avec son propre milien intérieur, qnel qne soit le cynips ; chaque organisme fait sa maladie à lui. La cause variera, mais le milien intérieur, qui ne change pas, décidera de tont.

Voilà pourqnoi la pathologie comparée nous montre non seulement des immuuités morbides, mais aussi, à aptitude morbide égale, un appareil symptomatique différent selon les races et selon les individus.

Grâce à cela, la pathologie comparée est appelée à éclairer la généalogie des êtres d'un jour aussi vif que celui que l'anatomie comparée projette anjourd'hui sur elle.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contribntions à l'histoire de l'hystérectomie vaginale

I. La colpohystérectomie dans les cas de cancer de l'utérus, par Mme Sara Post (*American Journal of the medic. sciences*, janvier 1886, p. 113). — II. Compte-rendu sommaire de 26 cas d'extirpation totale de l'utérus par le vagin, par Léopold. — Communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Dresde. — (*Centralblatt für Gynækologie*, 1886, no 2, p. 30.) — III. Sur l'extirpation tale de l'utérus par le vagin, par Brennecke (de Magdeburg). — (*Zeitschift für Geburtshülfe und Gynækologie*, t. XII, fasc. 1, et *Centralblatt für Gynækologie*, 1886, no 12, p. 184.)

On n'est pas encore fixé sur la valeur de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin (hystérectomie vaginale) appliquée au traitement des tumeurs malignes de la matrice, bien que cette opération ait été pratiquée un grand nombre de fois dans le cours de ces dernières années, en Allemagne principalement. Il semble que,chez nos voisins, l'hystérectomie vaginale employée en tant que procédé de cure radicale des cancers de la matrice soit en train de perdre de sa vogue, tandis qu'elle en gagne auprès des chirurgiens français. Quoi qu'il en soit, c'est aux statistiques consciencieusement dresssées, accumulées en grand nombre et portant sur des cas soumis à une observation suffisamment longue, qu'il faut faire appel pour asseoir un jugement définitif sur ce que vaut au juste cette opération. Voici des documents qui pourront concourir à ce but. Les lecteurs de la Gazette médicale trouveront dans le Journal des Sociétés scientifiques des renseignements sur les communications dont l'hystérectomie vaginale a fait l'objet à la Société de chirurgie et au dernier Congrès français de chirurgie.

I. Mme Sara Post a réuni 341 cas d'hystérectomie vaginale publiés par différents opérateurs. Elle a fait servir ces matériaux à une étude critique très détaillée, dont les conclusions peuvent se résumer dans les points suivants :

1o Les résultats fournis par l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du cancer de l'utérus sont devenus de plus en plus satisfaisants, au fur et à mesure que le nombre des opérations a augmenté.

2o Sur un total de 341 opérations, la mortalité (consécutive à l'opération) a été de 27 %. Dans une série de 222 cas, qui a fourni une proportion de mortalité de 22 %, la plaie péritonéale a été pansée à ciel ouvert. Pour une autre série de 93 cas, où les lèvres de la plaie sus-vaginale ont été suturées au péritoine, la proportion des décès a été de 18 %, voire que

50 de ces 93 cas, opérés pendant les trois dernières années (antérieures à 1886) n'ont donné que 10 pour 100 de décès. Les statistiques qui ont donné les résultats les plus satisfaisants sont celles de Martin (de Berlin), 9 pour 100, de Fritsch (8%), de Stande qui, sur un ensemble de 180 opérations, n'a pas eu à déplorer un seul cas de mort.

3° Sur 97 malades qui ont survécu aux suites immédiates de l'opération, 18, c'est-à-dire 20 pour 100, sont restées en bonne santé pendant une période d'observation qui a varié de dix-huit mois à deux ans.

4° On peut inférer de là que les résultats fournie en dernier lieu par l'hystérectomie vaginale (dans les cas de cancer de l'utérus) soutiennent avantageusement la comparaison avec ceux qu'a donnés l'extirpation d'autres organes envahis par un néoplasme malin.

5° On constate dans les écrits de la littérature médicale une tendance très nette à considérer cette opération comme légitime et soumise seulement aux principes généraux qui régissent l'extirpation de tumeurs cancéreuses siégeant dans d'autres organes.

II. M. Léopold préconise le procédé suivant d'hystérectomie vaginale, comme étant supérieur à tous ceux qu'on a employés jusqu'alors : incision du vagin dans le fond des culs-de-sac, et non au niveau de l'insertion de ce conduit sur le col. C'est d'abord la partie antérieure qui est incisée, disséquée avec soin, saisie par des points de suture et refoulée en haut avec la vessie; l'incision est ensuite prolongée sur les cotés et en arrière. Le cul-de-sac de Douglas est ouvert sur une faible étendue ; une éponge pourvue d'un pédicule est introduit dans l'ouverture, pour empêcher la pénétration des liquides dans la cavité abdominale. Des ligatures partielles, superposées en étages, sont ensuite appliquées sur les organes qui composent le parametrium de chaque côté; les parties ligaturées sont sectionnées du côté de l'utérus. En même temps, l'utérus est attiré progressivement au dehors ; une fois qu'il est libre de toute attache, on étanche la plaie et son pourtour avec des éponges pédiculées, on saupoudre avec de l'iodoforme et on introduit dans le vagin de 15 à 20 petits rouleaux de gaze iodoformée, qui sont d'ordinaire laissés à demeure pendant douze ou quatorze jours. Au moment de renouveler le pansement, on attire au dehors les ligatures les moins adhérentes et on pratique une irrigation dans le fond du vagin. M. Léopold s'abstient de drainer le cul-de-sac de Douglas après l'opération.

Résultats — Sur un total de 26 opérations, 2 cas de mort, dont un relatif à une femme affectée d'un carcinome du col, qui remontait très haut, de sorte que des résidus du néoplasme, qui n'avaient pu être enlevés, donnèrent lieu à la formation d'un abcès dans la cavité abdominale; la femme succomba huit semaines après l'opération. L'autre cas de mort concerne une femme chez laquelle on ne se proposait pas, de prime abord, de pratiquer l'extirpation totale à laquelle il fallut se résoudre ensuite, le cul-de-sac de Douglas ayant été ouvert par mégarde sur une trop grande étendue. La femme fut emportée par la septicémie.

III. Après avoir constaté que les chirurgiens ne sont d'accord ni sur les indications de l'hystérectomie vaginale, ni sur le choix du procédé opératoire, ni sur la question des soins consécutifs, Brennecke fait connaître son opinion sur ces différents points, en s'éclairant de l'expérience acquise à la suite de dix-huit opérations qu'il a pratiquées.

Voici d'abord la description sommaire du procédé opératoire auquel s'est arrêté Brennecke. Le champ opératoire doit être d'un accès commode et sûr, et maintenu tel. Il faut surtout que l'utérus ou, suivant les circonstances, la portion vaginale soit parfaitement mobile. A la rigidité du périnée et du vagin, à l'étroitesse de ce conduit, on peut remédier aux moyens d'incisions, au moyen du tamponnement continué pendant plusieurs jours Quand l'utérus est assez volumineux pour qu'il en résulte des difficultés opératoires, c'est que la néoplasie n'est plus circonscrite; elle a empiété sur les organes du voisinage, et alors une intervention radicale est contre-indiquée.

Pour prévenir des hémorrhagies profuses, l'auteur, à l'exemple de Kock, isole le segment cervical inférieur, en partie avec l'instrument tranchant, en partie et surtout avec un instrument mousse, en commençant en arrière, pour ensuite saisir dans 5 ou 6 ligatures étagées les unes au-dessus des autres les brides latérales formées par les restes de la voûte du vagin. Une aiguille en forme de S, imaginée et décrite par l'auteur, facilite considérablement ce temps de l'opération. C'est alors que le tissu péritonéal situé à la partie postérieure est perforé avec un instrument mousse. L'utérus est ensuite basculé en arrière, ce qui est préférable à la manière de faire de Czerny et Fritsch, qui attirent l'utérus à travers l'ouverture de la paroi vaginale antérieure. Une ligature élastique en masse, appliquée sur le ligament large, termine l'opération. L'auteur insiste sur ce que, avec ce procédé, on est à peu près sûr de ne pas léser d'organes importants du voisinage, et en particulier les uretères, sauf dans le cas où, par suite d'une dégénérescence cancéreuse péri-cervicale, le col se trouve encastré dans une masse de tissu rigide, auquel cas l'intervention opératoire est contre-indiquée. Naturellement, il faut veiller à ce que, pendant l'opération et pendant la durée des soins consécutifs, la plaie soit maintenue dans un état parfaitement aseptique. Brennecke emploie pour les ligatures des liens élastiques, de la soie iodoformée et phéniquée; les bouts des ligatures élastiques sont ramenés dans le vagin, dont le fond est obturé avec un tampon enduit de glycérine et d'iodoforme. Il s'abstient du drainage de la cavité péritonéale, des irrigations, des sutures appliquées sur les séreuses, pratiques plus dangereuses qu'utiles. Le tampon à la glycérine iodoformée suffit pour absorber les liquides secrétés. Les ovaires et les trompes sont laissés en place. Enfin, dans les cas de carcinome du col, Brenneke donne la préférence à l'extirpation totale de l'utérus sur l'amputation supra-vaginale préconisée par Schrœder. Il estime que l'extirpation totale doit être étendue à d'autres cas qu'à ceux de tumeurs malignes de l'utérus; c'est ainsi qu'il a pratiqué cette opération pour débarrasser une femme des incommodités d'un prolapsus de la matrice.

Résultats.—18 opérations, dont 16 dans des cas de tumeurs malignes de l'utérus. Pas de décès.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

De la désinfection des wagons ayant servi au transport des animaux sur les voies ferrées. *Rapport présenté à l'administration des chemins de fer de l'Etat*, par le docteur Paul Redard. Grand in-8° de 160 pages, avec 6 planches. — Paris, O. Doin, éditeur.

A côté des immenses services que les chemins de fer rendent à la civilisation, il y a quelques mécomptes à signaler. Toute médaille a un revers. Et si le rapprochement des distances constitue en général un grand bienfait pour les relations sociales, les chemins de fer peuvent être aussi un moyen de diffusion rapide et à travers de vastes espaces des maladies contagieuses. Ce sont surtout les épizooties qui se propagent de cette manière. Car si un homme malade regarde à deux fois avant de s'aventurer en voyage, les bêtes destinées ou non à la boucherie ne protestent pas ou protesteraient en vain quand on les met en wagon. Aussi la plupart des Etats européens ont-ils déjà édicté des règlements applicables au transport des animaux soupçonnés ou reconnus malades. Chacun de ces Etats préconise, recommande ou impose des modes spéciaux de désinfection.

La réglementation est affaire aux hommes du gouvernement. Mais il appartient aux hommes de science de rechercher *scientifiquement* quels sont les procédés de désinfection capables de détruire le plus sûrement les germes que des bestiaux malades peuvent laisser dans les wagons qui les ont transportés.

Le médecin en chef des chemins de fer de l'Etat, notre collaborateur, le docteur Paul Redard, ayant pris des renseignements un peu partout, s'est aperçu que « dans aucun pays on n'avait fait des expériences pour constater la puissance désinfectante de tel on tel procédé ». L'expérimentation pouvait seule cependant donner des preuves de la valeur des désinfectants.

Suivant la méthode inaugurée par Renault (d'Alfort), suivie par Davaine, Dougall, Gerlach, Baxter, Vallin, etc., il faut mélanger, dans les conditions de la pratique ordinaire des désinfections, une certaine quantité de virus avec l'agent dont on veut connaître la valeur, et l'inoculer ensuite à des animaux. L'observation des résultats obtenus donne la mesure de l'efficacité de la substance désinfectante.

C'est ce procédé expérimental que M. Redard a appliqué à l'étude de la désinfection des wagons. Toutes ses expériences ont été faites sous la direction de M. le professeur G. Colin (d'Alfort). Le docteur Miquel, du laboratoire de Montsouris, l'a aussi aidé dans quelques expériences de désinfection, et a étudié avec lui l'action sur les bactéries de la vapeur surchauffée.

Le docteur Courboulès, dans sa thèse (*Contribution à l'étude de la nature et de la prophylaxie de la septicémie gangréneuse*, Lyon, 1883), avait déjà constaté que c'est le microbe de la septicémie qui oppose la plus grande résistance aux agents de destruction; parmi ces agents, il avait reconnu que la chaleur donne les résultats les plus sûrs. Se servant de pulpes de muscles d'animaux morts de *septicémie gangréneuse* et soumettant cette pulpe à des températures de 80°, 90°, 100° C., puis injectant le liquide formé avec cette pulpe à des cobayes, cet expérimentateur vit que les animaux injectés avec du virus chauffé pendant quinze minutes à 100° *C.* seuls ne succombaient pas. « Nous en avons conclu, dit-il, que l'eau à 100° *C.*, et au bout de quinze minutes de contact, neutralisait le virus frais de la septicémie. »

M. Courboulès avait constaté en outre qu'un séjour de dix minutes du virus septicémique sec dans un bain d'huile à + 120° c. suffisait pour détruire toute virulence. Le séjour pendant cinq minutes était insuffisant pour neutraliser le virus septique.

Reprenant ces expériences en leur donnant de l'extension, M. Paul Redard est arrivé à conclure qu'en général les agents désinfectants (nitro-sulfate de zinc, acide phénique à 2 pour 100, chlorure de zinc à 2 pour 100, le sulfate de zinc, le soufre brûlé) sont de mauvaise *microbicides*; le nitro-sulfate de zinc (à 10 pour 100) favoriserait même la putréfaction. Par contre, le sulfate de zinc et surtout le chlorure de zinc sont beaucoup plus actifs que l'acide phénique et que le soufre. Ce serait la vapeur d'eau qui mériterait toutes les préférences pour la désinfection. Mais il faut employer une vapeur surchauffée à 110° centigrades. A 70° et 80°, la vapeur, par un contact de 15 à 20 minutes, ne détruit pas tous les bacilles vulgaires; elle laisse, avec toute leur activité, les bacilles résistants (*bacillus subtilis*); elle ne produit qu'une faible désinfection. La vapeur surchauffée à 100° c., par un contact de 15 à 20 minutes, détruit les bacilles vulgaires, mais elle est impuissante à anéantir les bacilles résistants. Seule, la vapeur surchauffée à 110° c. détruit *tous* les bacilles, y compris les bacilles les plus résistants; seule elle est capable d'assurer une désinfection absolue, à condition que son contact avec les bacilles soit d'au moins dix minutes.

De tous les virus sur lesquels ont porté les expériences de M. Redard, c'est le virus septicémique qui lui a présenté, comme à M. Courboulès, la plus grande résistance (M. Redard réclame 10° c. de moins). Viennent ensuite, par rang d'activité décroissante, le choléra aviaire, la morve, la clavelée et le charbon.

Nous n'avons pas à entrer dans le détail technique du procédé employé pour surchauffer la vapeur non plus que sur les moyens d'empêcher la détérioration du matériel des Compagnies de chemins de fer. Il nous suffira d'avoir appelé l'attention des hygiénistes sur une question aussi importante; car le procédé de désinfection conseillé par M. Redard pour arriver à détruire les agents de transmission des maladies contagieuses par les wagons peut s'appliquer également à la désinfection des écuries, des étables, des voitures, des salles d'hôpital, des chambres de malades, des vêtements, des objets de literie. L'étude de M. Redard a donc une portée plus grande que celle qu'il avait visée. Elle pourra rendre de grandes services. Quel plus bel éloge pourrions-nous faire d'un travail d'hygiène !

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

De la diphthérie consécutive a la rougeole, par M. P. Renault.

On a discuté et on discutera encore longtemps sur la nature des rapports qui existent entre la diphthérie et la rougeole, et, d'une manière plus générale, entre la diphthérie et d'autres maladies infectieuses (scarlatine). Mais ce qu'il y a d'incontestable, c'est cette relation elle-même, démontrée pour

ainsi dire quotidiennement par l'observation clinique. C'est principalement dans les hôpitaux consacrés aux maladies de l'enfance que l'on a pu étudier et établir la coïncidence ou plutôt la succession des deux maladies, et c'est à la suite de ces recherches que l'on a fait ressortir l'importance de l'isolement comme moyen prophylactique contre une complication à laquelle la rougeole a dû jusqu'à ce jour une partie de son effrayante gravité.

La thèse de M. Renault, dont les éléments sont empruntés à des documents de ce genre et qui a pour base une observation de près d'un an dans un centre de maladies infantiles, a précisément pour but d'établir cette nécessité d'opposer des barrières à l'extension de la diphthérie nosocomiale. La continuation et le perfectionnement des mesures d'isolement, trop longtemps retardées, lui paraissent d'autant plus urgentes que les ressources thérapeutiques proprement dites sont d'une inefficacité reconnue vis à vis de cette forme de diphthérie secondaire.

Cette conclusion, la principale qui se dégage du travail de M. Renault, a pour point d'appui l'étude remarquablement faite de la diphthérie considérée dans ses rapports avec la rougeole, de sa fréquence, de sa gravité vraiment spéciale. L'auteur passe en revue, sans en omettre aucune, les différentes localisations que l'infection pseudo-membraneuse peut affecter chez les rubéoliques ; mais il insiste, en raison de son importance extrême, sur la localisation laryngée ou croup morbilleux. Cette dernière étude soulevait une question de doctrine déjà discutée autrefois et résolue diversement par les auteurs, savoir la dualité du croup rubéolique, ou, pour mieux dire, la distinction encore admise par quelques-uns du croup inflammatoire simple et du croup diphthéritique. Partisan de l'unité de la diphthérie, M. Renault se prononce contre cette distinction qui ne repose guère que sur une subtilité clinique, et il admet l'identité du croup morbilleux avec le croup ordinaire. La seule nuance qui les sépare réside dans la gravité plus grande du croup rubéolique, et c'est précisément cette notion bien établie qui explique ici l'insuccès ordinaire de la trachéotomie, dont la seule indication repose sur le danger de l'asphyxie immédiate. Ajoutons que cette dernière opération est rendue elle-même trop souvent inutile par la coïncidence de la broncho-pneumonie, complication mortelle à laquelle elle prédispose elle-même dans une certaine mesure.

Cette dernière remarque vient donc à l'appui de la conclusion générale de l'auteur, à savoir que, étant donnée la gravité de la diphthérie dans le croup, il est de toute urgence de créer enfin cette barrière de l'isolement, seul moyen prophylactique capable de mettre un terme aux ravages produits par les maladies infectieuses dans les agglomérations infantiles.

P. MUSELIER.

BULLETIN

RÉFORME DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE EN FRANCE.
L'ASSAINISSEMENT DE PARIS.

On ne saurait imaginer, si de trop fréquents exemples ne venaient le rappeler, avec quelle lenteur s'accomplissent en France les réformes administratives reconnues les plus utiles, les plus urgentes. Voilà de nombreuses années que nos institutions sanitaires sont reconnues inférieures à celles des autres pays ; dans les Sociétés savantes, dans les Congrès d'hygiène, dans la presse médicale, partout les hommes compétents ont montré les conséquences fâcheuses de cette infériorité au point de vue de la santé publique, du bien-être et de l'accroissement de notre population; peine perdue, la force d'inertie et la routine ont annihilé leurs efforts. Il y avait certes de quoi les décourager s'ils avaient été mus par autre chose que par un sentiment vraiment patriotique. Mais ils sont restés sur la brèche, et il est permis aujourd'hui d'entrevoir que leur persévérance finira par triompher des obstacles.

Au nombre de ces obstacles, il en est un qui a certainement contribué pour une bonne part à l'ajournement indéfini de la question, c'est celui qui résulte de la dispersion des services sanitaires entre divers ministères ou diverses administrations, des compétitions et des rivalités qui en sont la conséquence. Cet obstacle est encore loin d'être définitivement levé; il y a lieu d'espérer cependant, en présence du mouvement récemment produit, que toutes ces revendications d'attributions et d'influence s'effaceront devant une compréhension plus nette et une préoccupation plus juste de l'intérêt public.

Aujourd'hui, en effet, le Gouvernement et l'initiative parlementaire sont en concurrence pour arriver à une prompte et heureuse solution. Deux projets de loi ont été déposés à cet effet sur le bureau de la Chambre, l'un par le Ministre du commerce et de l'industrie, au nom du Président de la République ; l'autre par M. Siegfried, député de la Seine-Inférieure, en son nom et au nom d'une cinquantaine de ses collègues, parmi lesquels on est heureux de compter bon nombre de médecins.

Par ordre chronologique, la proposition de loi de M. Siegfried vient en première ligne. Il est juste de rappeler que l'un des signataires de la proposition, notre excellent confrère, M. Henry Liouville, avait, dès 1883, à propos du vote du budget, formulé des vœux dans le sens de la réforme demandée. En 1884, il déposait même à ce sujet une proposition spéciale. Depuis lors, et à diverses reprises, notamment à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1884, plusieurs députés avaient renouvelé cette proposition et obtenu de divers ministres des promesses formelles que les incidents de la vie politique n'ont pas laissé à ces derniers le temps de tenir. M. Siegfried a eu le mérite de reprendre la question, d'en faire une étude approfondie, de grouper autour d'elle un faisceau important de députés, et d'en poursuivre activement la solution, en acceptant le concours de tous ceux, au sein ou en dehors du Parlement, qui, à un titre quelconque, peuvent apporter des renseignements ou des avis utiles (1).

Comme témoignage des promesses ministérielles dont nous venons de parler, on trouve un projet de loi élaboré par le

(1) A la suite d'un intéressant travail lu par M. E. Perrin à la Société de médecine de Paris, cette Société a décidé d'adresser à la commission parlementaire dont M. Siegfried est président le vœu : « *qu'à l'exemple de la plupart des pays étrangers, l'Administration sanitaire civile soit confiée, en France, à une direction administrative autonome, compétente et responsable, aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements et les grandes villes.* »

En réponse à ce vœu, M. Siegfried ayant fait savoir que la commission parlementaire serait heureuse d'entendre les délégués de la Société de médecine de Paris, cette Société a chargé MM. E. Perrin, Dubrisay et de Ranse de la représenter auprès de la commission parlementaire.

Comité consultatif d'hygiène publique de France, projet présenté au Ministre du commerce et de l'industrie en décembre 1884 et soumis ensuite au Conseil d'Etat. Le Gouvernement l'a retiré en juillet 1886, probablement en prévision de celui qu'il devait présenter six mois plus tard, et qui emprunte d'ailleurs au premier ses principales dispositions.

S'il pouvait encore rester quelque doute sur la nécessité et l'opportunité d'une réforme de nos institutions sanitaires, on trouverait facilement des éléments de conviction dans l'exposé des motifs du projet du Gouvernement. Nous nous bornerons à reproduire les renseignements statistiques suivants :

« Pour 100,000 habitants, la fièvre typhoïde cause : à l'étranger, 14 décès à Vienne, 17 à Londres, 19 à Bruxelles ; en France, 63 à Paris, 149 à Marseille. Si l'on fait le même calcul pour les troupes, on voit (statistique 1872–83) que 10,000 hommes de garnison perdent par la fièvre typhoïde : à Lille, 3 soldats; à Cambrai, 3; à Châlons-sur-Marne, 4; à Paris, 37; à Lyon, 37; à Toulon, 104; à Brest, 115; à Carcassonne, 126; à Troyes, 137.

« Ces chiffres, ajoute l'exposé des motifs, n'ont pas besoin de commentaires. Il faut laisser aux municipalités le soin de veiller à la salubrité des communes; mais lorsqu'elles font preuve d'inertie, le Gouvernement doit avoir le pouvoir d'assurer la santé et la vie des citoyens et celle des soldats qu'il envoie dans ces diverses localités.

« Il en est ainsi en Angleterre : quand l'autorité locale néglige d'appliquer les prescriptions de la loi générale de santé publique de 1875, l'article 299 donne le droit au *local Governement Board* de l'y contraindre, et au besoin de faire exécuter les travaux d'assainissement à la charge de l'autorité en défaut.

« Grâce au service de l'inspection, grâce à la centralisation que l'Angleterre, par dérogation à ses habitudes, a donné à ses services sanitaires, la mortalité générale annuelle est tombée de 22 à 19 pour 1,000; la mortalité par fièvre typhoïde est tombée de 934 par million d'habitants à 307.

En France, la mortalité générale est de 23 pour 1000 pour toute la France, 27 pour 1000 dans le département de la Seine, 26 pour la population des villes, 22 pour celle des campagnes. »

Les différents chiffres qui précèdent peuvent se passer de commentaires.

Les deux projets de loi en présence ont de nombreux points communs. Ainsi ils établissent tout d'abord en principe l'un et l'autre la réunion, sous une même direction, de tous les services afférents à la santé publique et, pour simplifier le problème, séparent cette direction de celle qui a sous sa juridiction les institutions d'assistance.

Ils confèrent les mêmes attributions à l'Administration sanitaire. Ces attributions, que nous reproduisons d'après le projet de M. Siegfried, concernent notamment :

« 1° L'assainissement des villes et des campagnes, des localités et des immeubles de toute nature et de leurs dépendances ;

« 2° La salubrité des cours d'eau, l'alimentation en eau potable des agglomérations ;

« 3° Les grands travaux d'assainissement, les constructions d'édifices, écoles, prisons, hôpitaux et hospices, ponts, canaux, réservoirs, fontaines, halles et marchés, routiers, égouts, cimetières, la voirie etc., sous le rapport de l'hygiène publique;

« 4° La salubrité des écoles, des hôpitaux et hospices, maisons d'aliénés, établissements de bienfaisance, prisons, dépôts de mendicité, etc. ;

« 5° La salubrité, tant intérieure qu'extérieure, des fabriques, manufactures, usines, mines, chantiers, ateliers, ainsi que les conditions d'hygiène des personnes qui y sont employées ;

« 6° Les demandes en autorisation, translation ou révocation des établissements insalubres, dangereux ou incommodes ;

« 7° Le travail des adultes, hommes et femmes, et des enfants et filles mineurs employés dans l'industrie ;

« 8° La police sanitaire, les quarantaines et les services qui s'y rattachent ;

« 9° Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissibles, tant pour les hommes que pour les animaux ;

« 10° La propagation de la vaccine ;

« 11° La protection des enfants du premier âge ;

« 12° La qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments livrés à la consommation ;

« 13° L'amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'Etat, aux départements, aux communes et aux particuliers, et les moyens d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ;

« 14° La police médicale et pharmaceutique ;

« 15° La surveillance des bureaux municipaux d'hygiène et des laboratoires municipaux et départementaux d'analyses des substances alimentaires ;

« 16° La statistique démographique et la géographie médicale. »

Les deux projets établissent de même un Conseil supérieur siégeant près de l'Administration centrale (Comité consultatif d'hygiène publique actuel dans le projet du Gouvernement, Conseil national de la santé publique dans le projet de M. Siegfried), des Conseils départements d'hygiène publique dans chaque chef-lieu de département, des Commissions d'hygiène dans les chefs-lieux de circonscriptions, dont le nombre et l'étendue seront à déterminer. La composition, les attributions et le fonctionnement de ces Conseils et de ces Commissions sont à peu près les mêmes de part et d'autre. Dans les deux projets aussi, la surveillance et l'exécution des mesures d'hygiène prises conformément à la loi par l'Administration sanitaire, sont confiées à des agents de la santé publique, qui sont : un ou plusieurs inspecteurs généraux auprès du pouvoir central, un inspecteur dans chaque département, un sous-inspecteur dans chaque circonscription ayant une Commission d'hygiène publique.

Dans les deux projets, les intéressés ont droit de recours contre les décisions prises par l'Administration sanitaire, et ce recours est suspentif, sauf les cas d'urgence dans lesquels les décisions administratives sont immédiatement exécutoires.

D'après des dispositions spéciales au département de la Seine, c'est le préfet de police qui centralise le service sanitaire du département. Les attributions, conférées aux maires appartiennent au maire de l'arrondissement, dont le territoire forme la majeure partie de la circonscription où siège une Commission d'hygiène publique.

Telles sont les grandes lignes des deux projets en question ; elles nous semblent en donner une idée suffisante et nous ne

croyons pas nécessaire d'aborder les points de détail, qui nous entraîneraient à de trop longs développements.

Mais, après avoir indiqué les nombreuses dispositions sur lesquelles les deux projets sont en parfait accord, il nous reste à signaler un point sur lequel, en attendant les délibérations du Parlement, ils se séparent l'un de l'autre.

Dans le projet de M. Siegfried, il est institué une direction de l'Administration de la santé publique. A quel ministère cette direction sera-t-elle rattachée? C'est ce que l'honorable député ne préjuge pas : « Un décret du Président de la République, rendu après avis du Conseil d'Etat, est-il dit à l'article 3, déterminera, dans un délai de trois mois, à partir de la promulgation de la présente loi, le ministère auquel cette direction sera rattachée, ainsi que l'organisation de son personnel.» Libre de toute préoccupation à cet égard, M. Siegfried, en créant de toutes pièces les rouages d'une administration nouvelle, a eu les coudées franches et a pu simplifier son plan et donner à la rédaction de sa proposition de loi toute la netteté et la concision désirables.

Le projet du Gouvernement, émané du ministère du commerce et de l'industrie, a dû nécessairement chercher à concilier ce qui existe avec ce qui est à créer. Le ministre du commerce, en effet, qui a actuellement sous sa direction la plupart des services sanitaires, ne pouvait renoncer à l'une de ses attributions la plus importante. Aussi « cette attribution, lisons-nous dans le projet du Gouvernement, doit être maintenue; il n'y a pas de questions de santé publique qui ne touche étroitement aux intérêts économiques du pays.

«..Le ministre du commerce peut seul maintenir l'équilibre entre ces derniers intérêts et ceux de l'hygiène qui leur sont parfois opposés. »

Dès lors, l'Administration de la santé publique continue de ressortir à la direction du commerce intérieur. Elle a à sa tête un *Comité de direction des services de l'hygiène*, composé du président du Comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur du commerce intérieur. Ce Comité, auquel est joint, avec voix consultative, le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle, est, comme on le voit, une émanation du Comité consultatif d'hygiène publique. Il a pour attributions de délibérer sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre, d'étudier la solution à donner par l'Administration à toutes les affaires ressortissant au service de la police sanitaire et de proposer toutes les mesures d'urgence.

Il y aura lieu d'examiner s'il est bon, dans la pratique, de maintenir des rapports aussi étroits entre la direction de la santé publique et celle du commerce intérieur, ou s'il n'est pas préférable de les affranchir complètement l'une de l'autre. Si, comme il est dit dans le projet du Gouvernement, les intérêts économiques sont parfois en opposition avec ceux de l'hygiène, n'est-il pas à craindre, avec l'organisation précédente, que ces derniers intérêts ne souffrent de la pression exercée sur la même main par les premiers? *A priori*, une direction absolument indépendante et autonome semble offrir plus de garanties pour la santé publique, dont la préoccupation doit être supérieure à celle de tous les autres intérêts.

— Mais il importe avant tout qu'une question d'attributions, de prérogatives ne fasse pas ajourner plus longtemps une réforme si unanimement reconnue nécessaire. Ce qui se passe actuellement pour l'assainissement de Paris montre qu'il y a urgence. Le Conseil municipal vient d'avoir à délibérer sur les projets de loi et de règlement relatifs à cette question, dont l'étude se poursuit depuis plusieurs années. Le point certainement le plus important de cette étude concerne l'évacuation des matières de vidange, et l'on sait que, sur ce point, une scission s'est produite entre les ingénieurs et les médecins, les premiers défendant le système du *tout à l'égout*, les seconds celui d'une canalisation spéciale. Nous n'avons pas ici à rappeler les raisons invoquées par ces derniers; il suffit de citer la force de résistance des bacilles de la fièvre typhoïde. Le Conseil municipal de Paris, partagé longtemps entre ces deux systèmes, a fini par prendre comme une décision de transaction en votant, par 39 voix contre 26, l'amendement suivant présenté par MM. Hovelacque et Boné:

« L'évacuation des matières de vidange pourra être faite, soit directement à l'égout, soit par tout système de canalisation spécial adopté par le Conseil. »

Il résulte de ce vote que les expériences déjà entreprises sur le système du *tout à l'égout* vont être poursuivies sur une grande échelle et qu'on tendra de plus en plus à substituer ce système à tous les autres. Cette substitution ne se complétera pas sans doute de longtemps puisque, d'après M. Alphand, il reste plus de quatre cents kilomètres d'égouts à construire, ce qui, sans compter l'appropriation des égouts actuels au nouveau système, ne prendra pas moins de dix ans.

Mais ce principe étant voté et des travaux annuels étant exécutés, le danger irait croissant pour la santé de la population parisienne. Il est donc de la plus haute importance que, avant que la décision du Conseil municipal ait force de loi, les questions d'assainissement sur lesquelles ont porté ses délibérations, soient définitivement examinées par les conseils compétents, c'est-à-dire par les conseils d'hygiène ressortissant à la nouvelle direction de la santé publique.

Dr F. de Ranse.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Courbarieu, interne des hôpitaux, vient de succomber aux suites d'une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de ses fonctions. M. Budin, son chef de service, MM. Pozzi et Maurin, ses collègues de l'internat, ont été sur sa tombe les interprètes des unanimes regrets que laisse sa mort prématurée.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de médecine et le Conseil général des Facultés ont arrêté de part et d'autre la même liste de présentation pour la place de doyen, vacante par la mort de M. Béclard. Sont proposés : en première ligne, M. Brouardel ; en seconde ligne, M. Jaccoud.

Société protectrice de l'enfance. — L'assemblée générale a eu lieu dimanche dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence d'honneur de M. le docteur J. Rochard et la présidence effective de M. le docteur Marjolin. La Société a décerné les récompenses suivantes :

Prix de la Société (500 francs) à M. le docteur Rivière, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son mémoire sur la question mise au concours : de l'ophthalmie des nouveau-nés. — Une médaille d'argent à M. le docteur Philip Mules, chirurgien de l'hôpital royal pour les maladies des yeux, à Manchester. — Une mention honorable à M. Maniglier, chef de clinique adjoint de M. le docteur Abadie.

Prix à MM. les médecins-inspecteurs. — Médaille d'or : M. le docteur Doumic (de Poissy); M. le docteur Gaudefroy de Vaton,

M. le docteur Grosjean (de Montmirail), M. le docteur Lebec (de Châtillon).

Médaille d'argent : M. le docteur Lebault (de Saint-Vit).

La Société a mis au concours, pour l'année 1888, la question suivante : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique. » — Le prix sera de la valeur de 500 francs.

Les mémoires doivent être adressés avant le 1er novembre 1887, au secrétariat général de la Société, rue des Beaux-Arts, 4.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 20 au samedi 26 février 1887

Fièvre typhoïde 42. — Variole 4. — Rougeole 45. — Scarlatine 6. — Coqueluche 17. — Diphtérie, croup, 55. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 219. — Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 35. — Autres 7. — Méningite 54. — Congestion et hémorr. cérébr. 43. — Paralysie 10. — Ramollissement cérébral 10. — Maladies organiques du cœur 63. — Bronchite aiguë 44. — Bronchite chronique 58. — Broncho-pneumonie 45. — Pneumonie 86. — Gastro-entérite : Sein 24. — Biberon 34. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 27. — Suicides 12. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de mort 199. — Causes inconnues 12. — Total de la semaine : 1.211 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité, par le docteur Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, préface par le professeur J.-M. Charcot, membre de l'Institut. Un volume in-16 de la Bibliothèque contemporaine. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Baillière, rue Hautefeuille, 19.

De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente on de plusieurs intoxications chez le même aliéné, par le docteur L. Dérieq. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delabaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

(1887) *Annuaire médical et pharmaceutique de la France* du docteur Félix Roubaud, et *Almanach général de médecine et de pharmacie* de « l'Union médicale » (réunis). — 39e et 56e année. — Prix : 4 fr. — Cet ouvrage, entièrement refait avec les plus grands soins et à l'aide de documents officiels les plus récents, présentera désormais toute l'exactitude possible et pourra être consulté avec sécurité. — Administration, 21, rue de la Monnaie, à Paris.

On aphasia : being a contribution to the subject of the dissolution of speech from cerebral disease, par le docteur James Ross. — Londres, J. et A. Churchill.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 11 12 MARS 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

RÉTROFLEXION UTÉRINE. — OPÉRATION D'ALEXANDER-ADAMS (RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS). — GUÉRISON DE LA RÉTROFLEXION ET DES SYMPTÔMES DOULOUREUX CONCOMITANTS, par M. le docteur S. POZZI, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

L'opération, d'origine française, remise en honneur par Alexander et Adams, en Angleterre, quoique encore très contestée à l'étranger, est cependant acceptée et vantée par de nombreux gynécologistes en Angleterre, en Amérique et en Allemagne. L'année dernière, au Congrès de gynécologie de Munich, elle était l'objet d'une importante discussion, d'où il semble ressortir que si l'on en a parfois abusé, on ne saurait sans injustice lui refuser droit de cité parmi les opérations de la chirurgie contemporaine. En France, toutefois, elle n'est encore accueillie qu'avec une grande réserve, malgré quelques travaux favorables parmi lesquels je citerai en première ligne la thèse de Beurnier inspirée par le professeur Duplay et le mémoire de Doléris. La chirurgie française s'est toujours montrée plus prudente, plus réservée que celle des autres pays; elle n'aime à intervenir que lorsque tous les moyens thérapeutiques plus simples ont échoué. Or, dans la grande majorité des cas, l'application d'un bon pessaire après la guérison des accidents inflammatoires suffit à faire tolérer les rétroflexions de l'utérus, sinon à les guérir. Il est donc judicieux de ne pas recourir alors à l'instrument tranchant.

Mais on rencontre des cas de rétroflexion utérine dans lesquels le pessaire demeure dès le début sans effet, ou épuise rapidement son action. Les malades sont condamnées à une existence misérable, incapables de supporter la moindre fatigue, dans l'impossibilité de gagner leur vie si leur condition sociale les réduit à une existence laborieuse. C'est à ces cas là, nous semble-t-il, et à ceux-là seulement, que l'opération du raccourcissement des ligaments ronds doit être réservée. Aussi n'ai-je encore trouvé qu'une seule fois une indication suffisante pour la pratiquer. Le succès que j'ai obtenu, aussi bien que la rareté des faits connus jusqu'à ce jour dans notre pays, m'ont engagé à présenter mon opérée à la Société de chirurgie et à publier son observation (1).

J'insisterai particulièrement à ce sujet sur un temps spécial qui paraît avoir été négligé par beaucoup de chirurgiens, et auquel cependant Alexander attache une grande importance pour le succès définitif de l'opération Je veux parler de l'introduction *temporaire* d'un pessaire à tige intra-utérine. « Avant de faire le pansement, dit Alexander dans « le mémoire qu'il a présenté à la *British gynæcological*

(1) Séance du 16 février 1886.

FEUILLETON

NÉCROLOGIE

J.-T. GALLARD. — RÉNÉ BRIAU. — RAIGE-DELORME.

Suite et fin. — Voir le numéro 9.

Jean-Théophile Gallard est né à Guéret le 10 février 1828. Il fit ses études médicales à Paris et fut nommé interne au concours de décembre 1850, en compagnie de Marc Sée, de Lorain, de Vidal, etc., etc. Ceux de ses camarades qui survivent sont d'accord pour témoigner qu'il était des plus laborieux. Lauréat des hôpitaux, médaille d'or, c'est dans le service de Valleix qu'il apprit la gynécologie. De 1852 à 1855, date de son doctorat, il publia divers mémoires sur les *hématocèles péri-utérines*, *l'atrésie congénitale du vagin*, la *conformation et la direction normales de l'utérus aux divers âges de la vie*, etc. Sa thèse a pour titre : *De l'inflammation du tissu cellulaire qui environne la matrice, ou du plegmon péri-utérin* (1855). Nommé médecin du Bureau central le premier, au concours de 1862, il se spécialise tout d'abord dans la gynécologie; mais, sans abandonner cette branche des sciences médicales, sa nomination de médecin, puis de médecin en chef de la Compagnie d'Orléans, durent l'inciter à des travaux d'hygiène. La santé des employés de chemins de fer, l'hygiène des hôpitaux, celle des lycées, lui fournissent le sujet de plusieurs mémoires. Aussi devint il membre de la Commission d'hygiène de son arrondissement et plus tard membre du Comité consultatif d'hygiène de France. Il s'occupa également de médecine légale, et c'est grâce à son initiative et à son activité que fut fondée la Société de médecine légale, dans laquelle, et pour la première fois, se réunissent des médecins, des jurisconsultes, des magistrats, des avocats, des ingénieurs, pour étudier en commun les questions parfois si graves et si difficiles soumises à la justice. Mais les travaux les plus remarquables de Gallard sont ses travaux de gynécologie. Résultats de son enseignement oral et écrit, ils ont eu tout le succès qu'ils méritent. Son article *Utérus*, du dictionnaire de Costello, ses *leçons cliniques sur les maladies des femmes* (1873-1879), sa *clinique médicale de la Pitié* (1877), ses *leçons sur la menstruation et ses troubles* (1885),

« *Society* (1), dans les cas de simple rétroversion avec « abaissement, j'applique un pessaire de Hodge et je le laisse « en place durant toute la convalescence. Qnand il y a ré- « troflexion, j'applique tonjours un pessaire à tige galvaniqne, « afin de maintenir la rectitude de l'ntérus jusqn'après la ci- « catrisation de la plaie opératoire. Je considère cela comme « essentiel ; en effet, dans ces conditions pathologiques, d'une « part l'ntérus a nne tendance à retomber eu arrière ; et, « d'antre part, le point d'insertion des ligaments ronds a été « reporté inférieurement du côté du col, en sorte qu'ils sont « impuissants à combattre cette tendance de l'organe à re- « tomber dans sa positiou vicieuse. Ce déplacement du poiut « d'attache des ligaments peut être dû à deux circonstances, « agissant isolément ou simultanément : 1° L'augmentation « auormale de volume du fond de l'utérus qui s'élève au-des- « sus des ligaments ; 2° Une nouvelle insertion des liga- « meuts acquise par le fait de la longue durée du déplacement. « Si l'on maintient l'utérus redressé (par le pessaire), le fond « de la matrice s'affaisse ou les ligaments abandounent leur « nouvelle insertiou pour reprendre l'aucienne. Quoi qu'il en « soit, en maiuteuant la tige en place durant un mois euvi- « ron, la guérison peut être sûrement obtenue. La durée de « son application est variable selon que la déviation est plus « ou moius iuvétérée. Je me suis toujours proposé plutôt de « guérir la malade que de vérifier certains points curieux; je « dois dire pourtaut qu'il m'est arrivé, après avoir enlevé le « pessaire au bout d'un mois, d'être obligé de le remettre peu- « daut trois mois encore par suite d'une rechute. Dans la « majorité des cas, un mois a suffi. Il faut noter, en outre, « qu'un pessaire à tige ou un pessaire de Hodge qui ne pou- « vait pas être supporté avant l'opération sans se déplacer « sans cesse et sans causer de douleurs, peut toujours être « porté indéfiuiment après l'opération sans que la femme en « ait la moiudre conscience. Quelques-unes de mes malades « ont été très surprises eu me voyant retirer ces objets dout, « malgré leur expérieuce antérieure, elles avaient méconnu « la présence. »

J'ai cru devoir traduire en entier ce passage, malgré sa longueur, car les notious qu'il reuferme me paraissent avoir passé jusqn'ici inaperçnes pour beaucoup de chirurgiens qui ont pratiqné l'opération à laqnelle Alexander a attaché son nom. J'ai pensé, pour ma part, devoir me conformer à ses recommandations sur ce poiut, et j'attribue à cette circonstance le maintieu parfait et durable de la position nouvelle donuée à l'utérus de mon opérée. Il m'est difficile de supposer qu'un précepte sur lequel insiste avec tant de force le plus expérimenté de ceux qui ont pratiqué le raccourcissement des ligameuts ronds, soit relatif à une manœuvre superflue. Est-il besoin d'ajouter que les objections légitimes soulevées contre le pessaire intra-utérin à nne époque où on l'appliqnait à demeure, indéfiniment, et sans précautions antiseptiques, tomberaient tout à fait à faux dans les conditious particulières où nous en préconisons l'emploi ?

Son application temporaire pourra peut-être encore paraître inutile à quelques chirurgiens ; mais ils ne sanraient l'accuser d'être dangereuse. Ne vaut-il pas mieux, dès lors, même dans le doute, y avoir recours ?

(1) *The operation of correcting some uterine Displacements by shortening the Round Ligaments*, by William Alexander (THE BRITISH GYNÆCOLOGICAL JOURNAL, Novembre 1885, p. 254).

OBSERVATION. — Héléne G..., 29 ans, couturière, entre le 13 septembre 1886 à l'hôpital temporaire Pascal (annexe de Lourcine), lit no 1.

Réglée à onze ans et demi. Menstruation régulière. Légère fièvre muqueuse pour toute maladie.

A dix-sept ans, elle devient enceinte, et au bout de six mois et demi elle fait une fausse couche. Elle se lève huit jours après et n'éprouve aucun trouble utérin consécutif.

A vingt ans, sans cause appréciable ou avouée, surviennent des douleurs dans le ventre et la région lombaire avec exacerbations irrégulières : pas de leucorrhée, pas de troubles menstruels.

Une sage-femme la traite pendant cinq ans ; la guérison complète n'est pas obtenue. Elle vient à la consultation de Pascal en février 1886. Douleurs excessives, points névralgiques au niveau des ovaires avec irradiation dans tout le ventre ; la marche est très pénible, le sommeil est même difficile.

L'examen local montre un col un peu gros, légérement exulcéré, et une rétroflexion trés accusée. Pas de leucorrhée.

Pendant six semaines, elle vient se faire traiter à l'hôpital Pascal tous les deux jours. — Repos, bains, application de tampons glycérinés. Ce traitement améliore la métrite, mais ne fait pas disparaître les douleurs et la difficulté de la marche. Quand tous les phénomènes inflammatoires ont disparu, M. Pozzi applique un

celles sur les *maladies des ovaires* (1886), ont acquis à son auteur une juste notoriété. Gallard venait d'être nommé membre de l'Académie de médecine, ce qui pour un médecin est la plus haute distinction qu'il puisse rêver. Il ne cacha pas que cette distinction était tardive, et plusieurs journaux out avancé à cette occasion que l'attente infligée à Gallard avait pour cause la jalousie de ses collègues. Cette raison est absolument inexacte. L'Académie ne se compose pas seulement de gynécologues, ni même exclusivement de médecins praticiens, et le nombre des membres des sections d'anatomie, de physique et de chimie, de pharmacie de science vétérinaire, ne permettrait pas un ostracisme semblable à celui dont on a parlé.

La vérité, c'est que le nombre des candidats est toujours considérable, et que l'on n'arrive point d'emblée, à cet honneur si envié de faire partie d'un corps de cette importance, se recrutant par lui-même. Il nous souvient que Trousseau, lui aussi, dut faire trois fois acte de candidature. Dans les Commissions et les Comités dont il faisait partie, Gallard était passionné, peu conciliant ; il soutenait avec énergie ses opinions et sa manière de voir, et, sans le vouloir peut-être, il froissait parfois ses adversaires du moment. C'est là sans doute la cause de son arrivée tardive à la rue des Saints-Péres.

A l'hôpital, il était aimé de ses éléves et avait, à juste titre, trouvé la récompense des peines qu'il se donnait pour son enseignement fort suivi et très apprécié. Il ne manquait pas une occasion de répéter d'ailleurs qu'on ne saurait être spécialiste habile sans être au préalable bon médecin. Gallard venait de transporter à l'Hôtel-Dieu l'enseignement de la gynécologie qu'il avait si longtemps dispensé à la Pitié, et il avait obtenu de l'administration des améliorations et des aménagements d'installation fort convenables. Nous l'avons vu préparer sa première leçon avec une ardeur toute juvénile ; rien ne faisait supposer alors qu'il succomberait soudainement le 31 janvier 1887 à des accidents diabétiques.

— M. René-Marie Briau est né en sept. 1810 à Louroux-Béconnais, près d'Angers. Après avoir fait de bonnes humanités au collège de la ville, il vint à Paris étudier la médecine. Reçu docteur de bonne heure, en 1836, sa thèse avait pour titre : *Nature et traitement de la diathèse scrofuleuse.* Briau était sollicité par sa

pessaire de Hodge modelé pour ainsi dire *sur mesure* avec un anneau d'étain.

Après un ou deux essais, après lesquels on modifie chaque fois la forme du pessaire, on obtient un soulagement complet et la cessation absolue des douleurs quelques instants seulement après l'application du pessaire. (Un pessaire léger et rigide en aluminium, fabriqué d'après le modèle du précédent, lui est bientôt substitué.)

Mais au bout de quelques semaines de soulagement, les douleurs et l'impotence réapparaissent comme auparavant. La malade, incapable de continuer à travailler, entre de nouveau à l'hôpital. Elle est maigre et présente quelques signes de tuberculose pulmonaire au début.

Le col de l'utérus (non ulcéré) est très élevé et porté très en avant. Le corps est facilement senti dans le cul-de-sac postérieur et forme avec le col un angle très marqué. La position génu-pectorale et les manœuvres pratiquées par le vagin et par le rectum ne changent nullement cette déviation de l'utérus. On ne peut parvenir à introduire l'hystéromètre même très recourbé et dirigé en arrière.

Des pessaires de divers modèles sont de nouveau essayés sans succès. On se décide à pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds.

Opération. — Le 13 octobre 1886.

1er *temps.* — Recherche du ligament rond du côté gauche ; il est découvert facilement dès qu'on a sectionné les fibres intercolumnaires de l'anneau inguinal externe. Il est mince et divisé inférieurement en plusieurs languettes, de couleur charnue. On le saisit avec une pince à forcipressure, on place provisoirement de la gaze phéniquée sur l'incision et on passe à l'autre côté.

2e *temps.* — Recherche du ligament rond du côté droit ; il est plus funiculaire que le précédent, quoique toujours très grêle. On y place une pince et on recouvre la plaie.

3e *temps.* — Replacement de l'utérus. On a indiqué précédemment l'impossibilité d'introduire l'hystéromètre dans une première tentative avant l'anesthésie. Pour rendre possible cette introduction, M. Pozzi place dans le vagin (préalablement bien irrigué au sublimé) une valve de Simon, saisit le col avec une pince-érigne de Braun, l'attire légèrement en bas et le dilate progressivement en y pénétrant de plus en plus avec un dilatateur à deux branches d'Ellinger. Cette petite opération dure environ deux minutes, et il est aussitôt très facile d'introduire l'hystéromètre en dirigeant son bec fortement en arrière. On retourne ensuite doucement ce bec par une sorte de *tour de maître* et l'on porte le manche de l'instrument d'avant en arrière. L'utérus est ainsi non seulement redressé, mais amené en antéversion. Confiant l'hystéromètre à un aide, l'opérateur découvre alors les incisions, saisit les ligaments ronds fixés par les pinces, et opère sur eux des tractions simultanées jusqu'à ce qu'il sente une certaine résistance et qu'une traction plus forte soit perçue par la main qui tient l'hystéromètre. Les ligaments ainsi attirés sont confiés à un aide, tandis que le chirurgien s'occupe de fixer définitivement l'utérus dans sa nouvelle position.

4e *temps.* — On retire l'hystéromètre et on le remplace dans l'utérus par un petit pessaire à tige métallique (cuivre et zinc), vulgairement connu sous le nom de *clou de Courty*.

5e *temps.* — Suture des ligaments aux piliers et occlusion de l'anneau inguinal, à l'aide de points séparés au catgut. On a soin de faire cheminer l'aiguille courbe sous une surface très grande de la plaie, de manière à étendre le plus possible l'action des sutures. Le fil qui traverse les piliers transperce aussi le cordon. Huit points de chaque côté.

6e *temps.* — Résection des ligaments ronds au ras des sutures qui le fixent à l'anneau. La portion enlevée est de 3 centimètres et demi à gauche et de quelques millimètres plus longue à droite.

7e *temps.* — Occlusion de la plaie opératoire après lavage à la solution phéniquée forte et insertion d'un petit drain. Suture de la peau au fil d'argent ; pansement à la gaze iodoformée ; spica. Injection de sublimé à 1/2000 dans le vagin, puis tampon de gaze iodoformée appliqué contre l'extrémité renflée du pessaire à tige.

Les suites de l'opération furent simples : la cicatrisation s'est faite par première intention. Il s'est produit pourtant, au bout de quinze jours, un peu de tuméfaction douloureuse, l'orifice des drains s'est rouvert et a laissé échapper un peu de pus. On attribue cela au manque de tolérance du catgut. Le drain est remis pendant huit jours, et quand il est enlevé, la cicatrisation se complète rapidement.

Le pessaire à tige est laissé en place durant quinze jours ; il tombe spontanément au bout de ce temps et on ne le replace pas. On a soin de renouveler quotidiennement le tampon de gaze iodoformée après avoir fait une injection vaginale de sublimé à 1/2000. La malade n'accuse que de légères douleurs dans le bas-ventre et les lombes.

On lui permet de se lever six semaines après l'opération et elle va au Vésinet le 27 novembre. Grâce à un régime tonique et au repos, l'état général s'est beaucoup amélioré. Elle peut en outre marcher sans ressentir les douleurs intolérables qui existaient avant l'opération. Il persiste cependant un peu de névralgie iléo-lombaire avec irradiations dans la cuisse gauche.

Février 1887. — L'opérée vient se montrer à l'hôpital, ainsi que cela lui a été recommandé. Il y a quatre mois qu'elle est opé-

---

famille d'aller exercer la médecine dans son pays natal ou tout au moins à Angers, mais il s'était épris d'une ardente affection pour les langues et les littératures anciennes, et, fréquentant assidument les cours spéciaux, il devint pour le grec l'élève favori de Hase, sous la direction duquel il apprit à déchiffrer les manuscrits les plus difficiles. Hase reconnut en Briau une véritable vocation ; il lui témoigna toujours une bonne amitié et à sa mort le nomma son exécuteur testamentaire.

Après avoir collaboré à divers journaux de médecine, notamment à la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, il a écrit, outre des comptes rendus de livres d'histoire de la médecine, divers feuilletons sur la *profession médicale chez les Romains*, la *médecine chez les anciens Indiens*, etc. Briau a publié en 1855 la *Chirurgie de Paul d'Egine*, travail remarquable qui a placé son auteur au rang des érudits. Le texte grec de Paul d'Egine a été collationné sur les dix-neuf manuscrits de la Bibliothèque nationale ; il est accompagné de variantes, de notes philologiques et médicales, avec traduction en regard et une introduction historique qui a valu au traducteur les éloges de Littré, excellent juge en la matière. « M. Briau, dit-il, a déterminé pour la première fois le sens ou la correction d'un certain nombre de mots grecs, et sa traduction est toujours exacte. » (JOURNAL DES SAVANTS, décembre 1855.)

C'est à l'Académie de médecine, en 1855, que M. Briau lut son *Mémoire sur la médecine des anciens Indiens*. Peu de temps après, il commençait la publication d'une série de documents qu'il comptait réunir sous le titre : *Histoire de la profession médicale chez les Romains*.

Son premier mémoire a pour titre : *Du service de santé militaire chez les Romains*. Paris, 1866. Malgré quelques essais de valeur parus antérieurement, l'on peut dire que le travail de M. Briau est pour ainsi dire original, parce qu'il fait connaître d'une manière complète l'organisation de la médecine officielle dans les divers corps des armées romaines ainsi que dans les armées navales. L'auteur avait interrogé d'une manière très sûre tous les monuments épigraphiques, médailles, etc., épars dans les recueils spéciaux, et il y avait rencontré bien des renseignements inédits.

Le second mémoire : *L'Assistance médicale chez les Romains*, paru en 1869, a été lu à l'Académie des inscriptions et se trouve inséré au t. VII de son recueil des savants étrangers. L'auteur

rée. Elle ne ressent plus de douleurs spontanément ou pendant la marche, et a pu reprendre son travail.

Le toucher montre l'utérus fortement porté en antéversion avec un peu de latéro-version droite. La nouvelle position qui lui a été donnée par l'opérateur s'est donc intégralement maintenue.

Aucune trace d'affaiblissement de la paroi abdominale au niveau des incisions, qui forment une simple ligne rosée peu apparente.

La malade ne porte pas de pessaire. La guérison est complète.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

LES DIABÉTIDES. — Leçon de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Messieurs,

Dans la dernière leçon, je vous ai parlé du symptôme précurseur des diabétides, le prurit; aujourd'hui, je dois aborder l'étude des diabétides génitales.

Ces affections cutanées sont assez multiples comme formes objectives; il y a la forme *eczémateuse* et la forme *gangréneuse*. Elles présentent des différences d'un sexe à l'autre. Chez les femmes, on observe d'abord l'érythème vulvaire, caractérisé par une rougeur des parties genitales, plus accentuée en certains points et en particulier au pourtour du méat. Cette forme d'irritation vulvaire n'est que passagère et se transforme bientôt en eczéma.

L'eczéma se présente sous deux formes : la forme aiguë et la forme chronique. La première est assez difficile à surprendre; elle se caractérise, en premier lieu par de la rougeur des parties atteintes, en second lieu par la turgescence de toute la vulve, en troisième lieu par un endolorissement des parties génitales gênant la marche, puis par un suintement séreux ou séro-purulent, et, enfin, par des démangeaisons continues avec exacerbation.

Quelque fois l'eczéma déborde sur les régions péri-vulvaires; le plus souvent, il n'occupe que la vulve, rien que la vulve. J'ai vu une dame qui présentait des poussées d'eczéma localisées invariablement à la vulve; elle croyait à une affection vénérienne communiquée par son mari, lequel était enjet à cantion. L'examen des urines montra qu'elles contenaient 98 grammes de sucre par litre. Ce fut l'eczéma vulvaire qui conduisit au diagnostic du diabète, car il n'y avait aucun autre symptôme; la malade ne se savait pas diabétique, bien que connaissant le diabète pour avoir soigné longtemps un oncle qui en était atteint.

Sachez-le donc, messieurs, les diabètes latents, ignorés, sont très fréquents; il y a beaucoup de diabétiques sans le savoir.

S'il en est ainsi, vous devez comprendre combien il importe de le dépister par ces symptômes accessoires, parmi lesquels, en première ligne, l'eczéma vulvaire.

Comment, chez cette dame, ai-je pu trouver le diabète ? Je dois rendre grâce à Trousseau, qui, dans ses leçons cliniques, a insisté sur la relation étroite de l'eczéma vulvaire avec la glycosurie. Depuis lors, les événements ont confirmé son dire.

Cet eczéma vulvaire d'origine diabétique n'a rien de spécial, c'est un eczéma comme les autres; cependant, il présente deux particularités dans son évolution : c'est un eczéma *rebelle* et c'est un eczéma *récidivant*.

C'est un eczéma rebelle, car s'il se trouve bien du traitement habituel de l'eczéma, si le malade est soulagé, il n'est pas guéri tant qu'on n'a pas attaqué la cause : la glycosurie.

Nombre de malades vous diront qu'ils ont eu 2, 3, 4, 6 attaques d'eczéma, et la raison de ces récidives, c'est que la même cause reproduit les mêmes effets.

On peut diminuer la glycosurie, mais on la supprime difficilement; la difficulté est de l'empêcher de se reproduire, et chaque infraction au régime produit de nouveaux accidents : absence de régime, sucre dans l'urine; sucre dans l'urine, irritation des parties génitales, érythème, puis eczéma.

Il nous reste à décrire la forme chronique.

La poussée aiguë est une poussée vulvaire; la forme chronique est débordante, se déverse sur les régions voisines : elle peut envahir la région périnéale, les cuisses, le mont de Vénus et une partie de l'abdomen.

Les symptômes sont ceux de tous les eczémas : rougeur, état suintant ou desquamatif; les parties muqueuses sont

---

étudie et fait connaître la manière dont les ouvriers, les prolétaires, les esclaves, les misérables de tous genres, pouvaient avoir des secours médicaux dans leurs maladies.

Le troisième mémoire a pour titre : *l'Archiatrie romaine ou la médecine officielle dans l'empire romain* (1877); l'auteur nous donne ici le résultat de ses recherches sur les médecins des empereurs, ceux des cirques, ceux des villes, etc.

Le quatrième mémoire, qui devait terminer la série, devait être consacré aux médecins ordinaires, c'est-à-dire aux médecins des particuliers, en un mot à la « médecine privée ». M Briau recueillait encore des notes au commencement de la maladie qui l'a emporté; il nous avait prié de publier ces notes en son nom, mais jusqu'à présent elles ne nous ont pas été remises. Si elles le sont un jour, le vœu de notre confrère sera exaucé.

Outre deux fascicules : *Sur le principe de la vie et la philosophie de l'hygiène*, publiés dans la REVUE CONTEMPORAINE des 31 mars 1863 et 15 juillet 1865, et un mémoire sur *quelques difficultés de diagnostic dans les maladies chroniques des poumons* (Paris, 1859), Briau a donné successivement dans le Dictionnaire des Antiquités de Daremberg et Saglio : *l'archiatrie et l'histoire de la chirurgie*, une notice fort curieuse sur *Un médecin de l'empereur Claude* (Paris, 1883); un dernier mémoire des plus intéressants sur *l'Introduction de la médecine dans le Latium et à Rome* (1885), publié dans la REVUE ARCHÉOLOGIQUE. L'auteur soutient, avec grande apparence de raison, que le mot medicus vient de l'osque meddix, et il attribue aux Etrusques, grâce à l'établissement de leur collège d'Haruspes, l'introduction dans le *latium* des connaissances anatomiques et médicales. La médecine n'aurait donc pas été introduite à Rome par les Grecs.

Ces divers mémoires avaient acquis à M. Briau une grande notoriété d'érudition. Ses articles divers sur la médecine grecque, le *Tombeau d'Hippocrate*, par exemple, publiés dans la collection de la *Gazette hebdomadaire* de 1854 à 1874, l'avaient mis en relation avec le petit nombre de médecins et de savants que l'histoire de la médecine intéresse. Il avait acquis une grande habitude du déchiffrement des inscriptions et des monuments grecs et latins, et honoré de l'amitié des Littré, des Rénier, etc., il pensa quelquefois à l'honneur de faire partie de l'Académie des inscriptions, mais cela n'est point aisé; les promesses qui lui furent faites n'étaient sans doute que des formules de courtoisie, et il ne per-

éraillées, suintantes, les parties cutanées sont à l'état squameux.

Un symptôme majeur : démangeaisons affreuses. Si la forme chronique n'a pas l'éréthisme aigu de l'autre forme, elle prend sa revanche avec des démangeaisons intenses, continues, avec exacerbations.

Inutile de dire que ce symptôme retentit sur l'état général : éréthisme nerveux, agacement, insomnie, affaissement des forces, troubles digestifs, amaigrissement.

Jusqu'ici, rien de bien spécial dans les symptômes; mais nous devons signaler certaines particularités.

D'abord une particularité objective, la tuméfaction hyperplasique des tissus, eczéma pachydermique. Il y a un état hypertrophique général de la vulve; les grandes lèvres sont gonflées, sans œdème, figurant exactement des quartiers d'orange; les petites lèvres sont œdémateuses, elles pendent entre les grandes lèvres. La région clitoridienne est augmentée de volume; le capuchon du clitoris est hypertrophié.

Même état de l'orifice vaginal. L'introduction du spéculum et même du doigt est difficile. La muqueuse du vagin est hypertrophiée dans une étendue de 3 à 5 centimètres, simulant une vaginite blennorrbagique.

Vous savez, messieurs, que l'on rencontre toujours sur les organes génitaux des diabétiques une production cryptogamique dont je vous ai déjà parlé. Comment se présente-t-elle ? Sous forme de petits îlots blanchâtres dont la coloration blanche tranche sur la rougeur des parties, de quelques millimètres de diamètre, siégeant sur les grandes et les petites lèvres. A l'examen microscopique, on y trouve des spores et du mycélium.

Je ne sache pas que, en dehors du diabète, il y ait un eczéma de cet ordre; le fait est en tous cas très rare. Un mot sur son évolution. Ou bien la forme chronique succède à la forme aiguë, ou bien elle s'établit d'emblée, et, une fois établie, elle reste en permanence.

La maladie est susceptible d'amendement et de guérison, mais à l'aide d'un traitement prolongé.

Il faut faire le traitement général du diabète et le traitement de la dermatose, ce dernier consistant d'abord en bains tempérants, bains tièdes de son ou d'amidon; puis, plus tard, en bains alcalins. Ensuite lotions et injections avec une solution de bicarbonate de soude ou de borax. On emploiera aussi les poudres isolantes, bismuth, oxyde de zinc, etc.

Chez l'homme, on rencontre aussi le type érythémateux et le type eczémateux. Le type érythémateux consiste en une rougeur partielle du gland, avec un cadre rouge ou rosé autour du méat dont les lèvres sont un peu boursoufflées comme dans la chaudepisse, et l'erreur est possible; mais en examinant l'urèthre on ne trouve pas de pus.

C'est là la balanite érythémateuse du méat.

Il y a une deuxième forme qui est la balanite érosive, balanite herpétiforme de certains auteurs. Elle consiste en petits îlots rougeâtres, légèrement desquamatifs et suintants.

Dans la forme eczémateuse, la totalité du gland est rouge, desquamante; l'épiderme est comme brisé, cassé, des crevasses se forment à la surface du gland.

Cet ensemble rappelle exactement l'eczéma.

Mais le gland n'est pas affecté seul, le prépuce l'est aussi presque immédiatement; il y a donc posthite diabétique, et tout ce que nous avons dit du gland est applicable à l'état du prépuce.

Un point caractéristique est ce qui se produit au niveau de l'anneau inférieur du prépuce; il s'y forme une série de gerçures, des crevasses rayonnant autour de l'anneau. Cette forme d'eczéma fendillé est presque caractéristique, et, lorsque vous la rencontrez, vous pouvez presque certainement accuser le diabète.

La balanite et la postbite sont presque toujours associées, et l'on a la balano-posthite, absolument révélatrice du diabète. En effet, cette forme est quelque peu spéciale; d'autre part, l'eczéma ainsi circonscrit ne s'observe guère que dans le diabète.

De là, messieurs, cet enseignement par lequel je terminerai, c'est que la balano-posthite eczémateuse doit toujours faire songer au diabète, et que l'examen des urines s'impose.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire de l'hystérectomie vaginale

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

IV. Relation de six cas d'extirpation de l'utérus, par O. Thelen, d'Elberfeld (*Centralblatt für Chirurgie*, 1886,

sista pas dans ses démarches. Ses amis lui objectèrent qu'il ne faisait pas partie de l'Université; ce fut peut être une raison.

Quoi qu'il en soit, peu de temps après l'apparition de Paul d'Egine, M. Briau fut nommé bibliothécaire de l'Académie. Il aimait à rappeler qu'il devait cet honneur à Malgaigne, qui ne connaissait pas d'ailleurs, mais qui, érudit lui-même, avait été frappé de la valeur de cette édition.

Depuis plusieurs années la santé de notre collègue, devenue fort chancelante, l'éloignait de tout travail actif, en dehors de ses propres recherches historiques. Les progrès incessants de la science moderne le laissaient froid et indifférent, il vivait tout entier dans le passé, donnant encore à tous ceux qui le lui demandaient d'excellents conseils en ce qui concerne la recherche des sources qui lui étaient familières, mais souhaitant demeurer étranger à tout ce qui n'était pas du domaine historique, ne cachant pas son peu de sympathie pour les hommes et les choses scientifiques de son temps; il a froissé, sans le vouloir, jusqu'à ses amis mêmes. Mais il le regrettait toujours et il m'a bien des fois chargé d'exprimer ses regrets à tous ceux qu'il n'avait pas cru blesser, mettant sur le compte de ses malaises physiques et de ses contrariétés morales ses excès de franchise. Il a été constamment pour moi un excellent collègue et je lui serai toujours reconnaissant de ses bons conseils, pour tout ce qui concerne l'épigraphie ancienne, autant que pour mon entrée à la Bibliothèque, à laquelle il voulut bien consacrer son influence.

M. Briau s'est éteint à Paris le 22 août 1886, dans sa soixante-seizième année.

—L'excellent Raige-Delorme, mort récemment âgé de plus de 91 ans, bibliothécaire en chef honoraire de la Faculté de médecine, était aussi un véritable érudit, et très compétent en tout ce qui concerne l'histoire de la médecine ancienne; il n'avait point et n'a jamais eu de relations avec René Briau, ce qui fut pour nous une surprise.

Jacques Raige-Delorme était né à Montargis, le 18 octobre 1795. Son père était médecin, il put le guider dans le commencement de ses études, et la thèse du fils, dit notre collègue M. Corlieu, lui fut inspirée par un sentiment de piété filiale. Cette thèse, soutenue le 30 mars 1819, a pour titre : « De l'empoisonnement par les substances corrosives ».

n° 36, p. 585). — V. CONTRIBUTION A LA STATISTIQUE DE L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS PAR LE VAGIN, PRATIQUÉE POUR CAUSE DE CARCINOME, par A. MARTIN, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 5, p. 69). — VI. CONTRIBUTION A L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS PAR LE VAGIN, par le docteur VON HERFF (*Archiv für Gynækologie*, 1886, t. XXVI, fasc. 2). — VII. UN CAS D'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS CARCINOMATEUX, par le docteur FISCHEL, de Prague (*Prager medic. Wochenschrift*, 1886, n°s 3, 4 et 6). — VII. SUR L'EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS, par E. JENNINGS (*The Lancet*, 1er mai 1886). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

IV. Les six opérations d'hystérectomie vaginale pratiquées par THELEN, dans le courant des années 1884 et 1885, ont été entreprises, cinq pour remédier à un cancer du col qui avait envahi, dans une étendue plus ou moins considérable, le corps de l'utérus ; une sixième opération (n° 5) se rapporte à une femme épuisée par des hémorrhagies profuses et chez laquelle on avait également diagnostiqué un carcinome de l'utérus, limité au corps de cet organe. L'examen microscopique du tissu utérin fit voir, après coup, que ce qu'on avait pris pour une ulcération carcinomateuse de la paroi interne de l'utérus n'était que la surface ulcérée d'un polype placentaire. L'auteur ajoute que néanmoins l'opération se trouvait justifiée par l'abondance et la ténacité des hémorrhagies. La femme s'est d'ailleurs complètement rétablie.

Les six malades ont échappé aux suites immédiates de l'extirpation de l'utérus, que l'auteur entreprend seulement dans les cas où le paramétrium est reconnu en état de parfaite intégrité. Au cas contraire, il se refuse à opérer. Chez deux de ces femmes, une récidive est survenue au bout de très peu de temps. Chez deux autres, la guérison peut être considérée comme assurée, d'après Thelen ; chez une cinquième, le jugement définitif est subordonné à une question de temps.

Dans la description concise qu'il donne de sa technique opératoire, l'auteur insiste sur la nécessité de tarir avec soin l'hémorrhagie parenchymateuse qui se produit au moment de la section du col. Thelen a renoncé au drainage consécutif ; il se borne à oblitérer le fond du vagin avec un tampon iodoformé. Pour les lavages antiseptiques, la désinfection des fils à ligature, etc., il se sert d'une solution phéniquée.

V. Le nombre total des hystérectomies vaginales pratiquées par MARTIN, depuis le mois de juin 1880 jusqu'au mois de janvier 1887, est de 134, dont 66 extirpations totales *réelles* et 28 extirpations totales *incomplètes*, pour cause de carcinome de l'utérus.

Sur les 66 opérations du premier groupe, 11 ont abouti à un dénouement fatal à brève date, dont la cause prochaine a été :

5 fois la septicémie.

4 fois le collapsus et l'anémie.

1 fois l'embolie.

1 fois la cachexie coïncidant avec un catarrhe chronique des bronches.

Des 55 malades qui ont survécu aux suites de l'opération, 44 ont été opérées avant la fin de l'année 1886, à savoir : 3 pour un cancroïde du col, 28 pour un carcinome du col et 13 pour un carcinome du corps de l'utérus. Il y a eu 13 (29,7 pour 100) récidives et 31 (70,3 %) guérisons. A noter que les 13 cas de carcinome (adéno-carcinome) du corps n'ont fourni qu'une seule récidive. Ce résultat, fait remarquer l'auteur, s'explique, quand on considère que dans les cas de carcinome du corps, le foyer cancéreux est bien mieux isolé de l'appareil lymphatique, c'est-à-dire des voies par lesquelles l'infection se transmet à distance. Le cas de celle des 13 malades avec carcinome du corps, qui a succombé, mérite une mention spéciale : six mois après l'opération, cette femme se plaignit d'une douleur dans le côté gauche ; la paroi du vagin était refoulée à gauche par un exsudat de voisinage, qu'on ponctionna à travers cette paroi. On donna ainsi issue à une grande quantité d'une matière semblable à du gruau, constituée par des détritus mélangés de sang. Le péritoine avait été entamé. Néanmoins, cette femme se rétablit et la guérison se maintint pendant plus de quatre années. Puis une tumeur carcinomateuse à évolution rapide envahit l'ovaire droit. On tenta l'extirpation du néoplasme ; la femme mourut de septicémie.

Sur les 28 opérations notées comme imparfaites (extirpation totale incomplète), il y a eu en tout 8 cas de mort à bref délai. Dans 11 autres cas, il y a eu récidive. Deux fois sur huit, la terminaison fatale reconnaissait pour cause la septicémie, 5 fois la cachexie, 1 fois une hémorrhagie secondaire profuse. Deux fois, après ouverture préalable de la cavité de Douglas,

---

D'une santé délicate, ennemi des luttes, sans ambition, Raige-Delorme, qui avait fait d'excellentes humanités, préféra se livrer aux travaux de cabinet. Il débuta par le journalisme, non par le journalisme militant, mais par les travaux de longue haleine, par les travaux d'érudition. En 1823, c'est-à-dire à l'âge de 28 ans, il est le premier rédacteur en chef d'une revue, la plus importante sans contredit de nos revues médicales, *les Archives générales de médecine*, dont les fondateurs se nommaient : Béclard père, Bousquet, Breschet, Esquirol, Georget, Guersant, Orfila, Rayer, etc., et Raige-Delorme a publié dans ce vaste recueil, un quantité notoire de travaux, comptes rendus, notices d'une grande valeur. Aussi fut-il nommé bientôt, en février 1836, sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine, bibliothécaire-adjoint en 1844 et bibliothécaire en chef en 1852, à la retraite de Dezeimeris. C'est avec ce dernier et avec Ollivier d'Angers qu'il publia, en 1831, le *Dictionnaire historique de médecine ancienne et moderne*, répertoire de biographie et de bibliographie médicale, ouvrage encore consulté, mais dont la fin malheureusement est absolument incomplète, et cela, à partir du jour où Raige-Delorme s'est retiré de la rédaction. C'est encore lui qui a présidé à la fondation du *Dictionnaire*, en trente volumes, dont on se rappelle le légitime succès ; enfin, au début de l'apparition du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Raige-Delorme fut avec Dechambre directeur de ce répertoire colossal. Mais les deux premiers volumes de 1864 portent seuls son nom, et à partir du troisième, le nom seul de Dechambre figure sur les fascicules. L'excellent bibliothécaire de la Faculté a encore dirigé la publication d'un *Dictionnaire* en deux volumes, et il est peu de répertoires de ce genre auxquels il n'ait collaboré.

Tous ceux qui ont passé la cinquantaine se rappellent la Bibliothèque de l'Ecole et le petit cabinet où Raige-Delorme répondait à tous les chercheurs qui le consultaient, avec son fin sourire, sa bienveillance naturelle et sa mémoire prodigieuse. Cette mémoire s'exerçait sûrement à tout instant. A peine avait-il donné le renseignement demandé, qu'il vous réclamait, pour la bibliothèque, la brochure publiée par vous à une époque plus ou moins éloignée, sur tel ou tel sujet. Il était bienveillant et indulgent pour tous et sans efforts, sans prétention, il causait volontiers, avec une rare compétence, de tous les livres anciens et modernes qui étaient passés par ses mains. Il me souvient que, longtemps pendant la

dans des cas de carcinome considérés comme inopérables, on a procédé à une tentative d'extirpation totale comme à l'unique moyen de venir à bout de l'hémorrhagie.

Incidemment, Martin déclare qu'il a renoncé à l'espoir conçu jadis d'obtenir une guérison durable au prix de l'extirpation totale, dans des cas où l'infiltration cancéreuse n'a envahi que le pourtour immédiat de l'utérus. L'opération, dans ces cas, est extrêmement laborieuse; son pronostic est aggravé par les hémorrhagies profuses qui ne manquent jamais, et la guérison durable n'est qu'un leurre. Quant au résultat immédiat, il est presque toujours peu satisfaisant, car il est de règle que les opérées soient prises de douleurs et d'une sécrétion morbide abondante. Enfin, M. Martin a insisté sur ce qu'il est souvent très difficile de trancher la question de savoir si l'opération radicale est possible dans un cas donné, avant ouverture du cul-de-sac de Douglas.

VI. Von Herff donne la relation d'une opération d'hystérotomie vaginale, pratiquée suivant la technique de Fritsch, et qui fut des plus laborieuses. Le cas concerne une femme de 49 ans, affectée d'un cancer de l'utérus. Une première tentative d'extirpation totale de cet organe échoua; l'incision des masses carcinomateuses donna lieu à une hémorrhagie profuse, et les ligatures élastiques appliquées sur l'utérus ne trouvaient pas de prise dans le tissu friable. Pour tarir l'hémorrhagie, il fallut appliquer le cautère Paquelin, après ablation de la néoplasie, à l'aide des ciseaux et de la cuiller. Sept jours après, on procéda à l'opération radicale. L'utérus était considérablement hypertrophié et faisait corps avec un myome volumineux implanté sur la trompe droite, ce qui occasionna de grandes dificultés opératoires. Après section des ligaments larges, il était presque impossible de mobiliser l'utérus. Le cul-de-sac de Douglas était complètement occupé par des fausses membranes, la paroi postérieure de l'utérus était soudée au péritoine pariétal, à la hauteur de l'orifice interne du col, et, plus loin, à une anse intestinale qu'on réussit à détacher sans difficulté. L'opération dura en tout deux heures et demi. La femme s'est complètement rétablie, et l'auteur conclut que l'adhérence de l'utérus avec l'intestin n'est pas, comme l'a prétendu Heilbrun, une contre-indication absolue à l'hystérectomie vaginale.

Suit la description d'un porte-aiguille imaginé par l'auteur.

VII. L'observation relatée par Fischel concerne une femme de 31 ans, mère de six enfants: tumeur carcinomateuse implantée sur la lèvre postérieure du col et faisant saillie dans le vagin. Son implantation se poursuit sur la paroi postérieure de ce conduit; noyau cancéreux accessible à la palpation, à la base du ligament large à gauche. Extirpation de l'utérus par le vagin et de la totalité du tissu cancéreux. Récidive quatre mois plus tard. Une nouvelle opération est jugée inutile.

L'auteur examine ensuite les raisons qui militent pour ou contre l'extirpation totale de l'utérus d'une part, et l'extirpation partielle; d'autre part il conclut que la première de ces deux opérations comporte un pronostic plus favorable dans les cas de cancer du col que l'extirpation partielle pratiquée même tres haut; qu'*a priori* l'extirpation totale paraît donner plus de chances de guérison radicale, mais que la preuve objective de cette présomption est encore à faire.

VIII. E. Jennings passe en revue les différents procédés d'hystérectomie vaginale qui lui sont connus et discute leurs avantages et leurs inconvénients. Il se prononce en faveur du procédé suivant: Incision circulaire de la portion vaginale ou double incision semi-circulaire de la muqueuse du vagin, hémostase, énucléation de l'utérus hors de son revêtement péritonéal, avec un instrument plus ou moins semblable à une sonde. On fait passer un fil de soie par-dessus le fond de l'utérus; on attire l'autre bout sur les côtés, de façon à ce qu'en nouant le fil, on enserre le ligament large du côté correspondant, dans le voisinage immédiat de l'utérus. Extirpation de cet organe *in situ*. Pratiquée assez à temps, l'hystérectomie vaginale est appelée, à l'idée de Jennings, à sauver la vie à plus d'une femme affectée d'un cancer de l'utérus.

L'auteur s'occupe ensuite de l'étiologie du carcinome de l'utérus.

E. Ricklin.

Indications bibliographiques.

I. *Sur les indications opératoires dans les cas de cancer de la matrice*, par Hofmeier (Berliner klin. Wochenschrift, 1886, nos 6 et 7). Sans rejeter d'une façon absolue l'extirpation totale de l'utérus, l'auteur estime qu'il y a lieu de lui préférer dans bien des cas l'extirpation partielle. — II. *Ob-*

---

belle saison, Raige-Delorme habitait Sèvres, et plus d'une fois, nous rencontrant dans la fameuse gondole qui, de la rue de Rivoli, s'acheminait sur la route de Versailles, nous voyagions en compagnie de Balzac qui habitait alors les Jardies, à dix minutes de la résidence de notre savant confrère. Le célèbre romancier, pour peu qu'il fût de bonne humeur, parlait et gesticulait bruyamment; Raige-Delorme l'écoutait en souriant ou plaçait finement et doucement une observation qui démontait parfois l'auteur de la *Vie humaine*.

M. Raige-Delorme, qui avait perdu une compagne des plus distinguées, s'est éteint le 22 janvier dernier, dans les bras d'une fille qu'il adorait et qui a entouré sa vieillesse des soins les plus touchants et les plus dévoués. Nous conserverons toujours le souvenir de ce bon vieillard, d'une aménité si rare et d'un accueil si aimable, et nous n'oublierons pas que nous lui devons plus d'un conseil compétent et utile.

Dr A. Dureau.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Dubois, docteur ès sciences, préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé d'un cours de physiologie générale et comparée à la Faculté des sciences de Lyon.

— Un concours pour une place de médecin en chef de l'hospice civil d'Elbeuf s'ouvrira, le lundi 6 juin 1887, à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Pour les conditions du concours, s'adresser à M. le président de la Commission administrative de l'hospice civil d'Elbeuf.

— L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs de 12,000 fr. que M. Morin a fait à cet établissement. Cette somme sera placée, au décès des usufruitiers, en rente 3 0/0 sur l'Etat français, et les revenus devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal, sous le nom de « *Prix Anna Morin* ». Ledit prix sera décerné tous les cinq ans à un médecin, âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

— M. le docteur Passant, médecin en chef du Dispensaire de Salubrité, a fait don à la préfecture de police de la précieuse bibliothèque d'ouvrages sur la prostitution, la syphilis et les affections qui s'y rapportent, qu'il avait reçue par legs de son savant prédécesseur, M. le docteur Clerc.

servation d'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans un cas de cancer du col, par E. Bœckel (Gazette médicale de Strasbourg, 1886, nº 5). — III. *De l'extirpation totale dans les cas de cancer de l'utérus,* par Kœberlé (Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1886, nº 3). D'après Kœberlé, les indications de l'extirpation totale de l'utérus sont très limitées. — IV. *Un cas d'extirpation de l'utérus gravide par le vagin,* par J. G. Smith (The Lancet, 1er janvier 1887, p. 14). — V. *Hémostase dans l'hystérectomie vaginale,* par A. Doléris (Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, 1887, p. 11).— VI. *De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère, à propos de l'hystérectomie vaginale,* par M. Ricard (Semaine médicale, 1887, p. 39).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Les démoniaques dans l'art (1), par MM. J.-M. Charcot (de l'Institut) et Paul Richer.

La douloureuse histoire des possessions démoniaques n'est pas seulement inscrite dans les minutieux procès-verbaux ensevelis au fond des Archives des anciens Parlements. Elle a été également retracée par les artistes témoins des scènes désolantes qui impressionnent à un si haut degré les esprits des contemporains. Ils en représentèrent d'abord les émouvante épisodes dans les images naïves dont « les primitifs » nous ont laissé de si intéressants spécimens. Pendant cette période, elle est figurée sur l'ivoire des emblèmes religieux, sur la couverture des missels, dans des miniatures de précieux manuscrits. Puis, à mesure que le sentiment de l'art se développe dans ces âmes nées si récemment à la vie esthétique, les procédés d'exécution se perfectionnent, les scènes s'agrandissent, les idées se précisent, et ce sont des bas-reliefs, des tapisseries, des fresques qui en constituent le prétexte. Enfin, avec la floraison artistique de la Renaissance et la période qui suit, l'art atteint une extraordinaire élévation, et les tableaux figurant des scènes de possédés deviennent, avec des maîtres comme André del Sarte, le Dominicain, Rubens, Jordaens, d'immortels chefs-d'œuvres qui sont en même temps de saisissants modèles d'observation.

Ces œuvres, dans lesquelles on retrouve souvent les traits précis de l'état pathologique (2), offrent un vif intérêt pour la science. Elles sont en effet les témoins séculaires de l'identité de la « grande névrose » et de la possession démoniaque. Elles confirment les progrès réalisés à notre époque dans l'étude des désordres dont le système nerveux peut être le siège et démontrent la justesse de l'application à l'histoire de la critique scientifique.

M. Charcot, dont on connaît les travaux qui ont fait sa grande et légitime réputation, a eu l'idée de recueillir ces précieux témoignages. Aidé d'un distingué collaborateur, M. Paul Richer, adonné lui aussi à l'étude des affections nerveuses, servi en outre par un goût très épuré et très sûr, par des qualités réelles de connaisseur et une érudition peu commune des choses de l'art, il a pu mener à bonne fin cette entreprise considérable d'évoquer dans leurs retraites et de grouper dans son cabinet des œuvres éparses dans tous les pays.

Ce sont ces documents qu'il livre aujourd'hui à la publicité, et dont il nous donne, dans un très bel ouvrage, une étude complète accompagnée d'un grand nombre de figures représentant les pièces les plus importantes de son originale et intéressante collection.

Les matériaux qui font la substance de ce livre embrassent la période comprise entre le Ve et le XVIIIe siècle. Avant et après ces époques, on ne trouve guère d'œuvres de ce genre. En effet, l'Antiquité, qui possédait cependant ses pythonisses et ses oracles inspirés, s'est abstenue de les représenter. Son amour exclusif du beau répugnait à la peinture des souffrances humaines. D'un autre côté, dès la fin du XVIIIe siècle, la possession avait déjà été ramenée à son rang et inscrite sous son vrai nom dans le cadre nosologique ; cessant de préoccuper l'esprit public, elle cessait aussi d'intéresser l'art, qui n'en est que l'écho.

Les auteurs ont décrit avec soin tous ces documents artistiques, arrachés au prix de mille efforts aux musées et aux galeries privées de l'Europe. Ils ont adopté l'ordre chronologique qui offre l'avantage, sur le groupement par classification, de mettre en évidence les progrès réalisés par l'art, au cours des siècles, dans l'observation de la nature.

Ils font passer devant nos yeux des œuvres appartenant aux maîtres les plus célèbres de toutes les époques. Ces maîtres, pour ne citer que les plus illustres, s'appellent Breughel, Callot, Carrache, Del Sarto, Francesco di Giorgio, Dominiquin, Giotto, Goya, Jordaens, Raphaël, Murillo, Rubens, Francesco Vanni, Zeytbloom. Comme ils se proposent tous un hommage rendu à un saint par la figuration d'une guérison miraculeuse, nous voyons représentés dans ces tableaux les personnages que leur vie a rendus un objet de vénération pour l'Église : ce sont saint Martin, saint Benoist, saint Martial, saint Charles Borrhommée, saint Ignace, saint Nil, saint Dominique, saint Amboise, le diacre Pâris, etc.

On le voit, la grandeur du sujet, l'intérêt de la scène, l'importance des personnages, sont ici associés au génie de l'artiste.

La plupart de ces œuvres renferment quelques caractères plus ou moins précis qui permettent de les rattacher à la « grande névrose ». Me proposant seulement d'initier le lecteur à l'idée générale qui domine la conception de l'ouvrage et d'en démontrer la justesse, ce serait sortir du cadre restreint de ce compte rendu que de les analyser ici. Je me contenterai seulement de rapporter, d'après MM. Charcot et Richer, la plus parfaite et la plus significative, — un tableau de Rubens appartenant au musée de Vienne et représentant saint Ignace guérissant les possédés.

Tous les amateurs connaissent ce chef-d'œuvre exécuté par Rubens pour les Jésuites d'Anvers qui l'avaient élevé. La scène est grandiose et digne en tout du magique pinceau du maître flamand.

Debout sur les marches de l'autel, le célèbre fondateur de la Compagnie de Jésus, entouré du pompeux appareil des cé-

(1) Paris, A. Delahaye, éditeur, 1887.

(2) Il est utile de faire remarquer avec les auteurs que le terme scientifique qui revient fréquemment dans le cours de leur ouvrage et qui, mal interprété dans le monde, entraîne avec lui une certaine susceptibilité, s'applique à une affection nerveuse parfaitement déterminée et qui n'a rien de commun avec les déviations pathologiques des sens.

rémonies catholiques, vêtu d'une riche chasuble, est tourné vers les assistants dans une attitude pleine de majesté, le regard dirigé en haut, la main droite levée, la gauche appuyée sur le marbre de l'autel.

En face de lui, deux groupes compacts dont le plus important — à droite — est celui des possédés.

C'est ce groupe, disposé de façon à apparaître en pleine lumière et traité avec une intense dramatisation, qui constitue l'intérêt capital du tableau.

Il se compose de quatre personnages : une femme et trois hommes. La femme — la démoniaque — se débat au milieu de ces hommes qui la maintiennent au prix des plus grands efforts. Elle est représentée de trois quarts — presque de face — et se renverse en arrière dans l'attitude de « la grande attaque ».

Le cou est turgescent, au point de masquer les saillies musculaires, la bouche est entr'ouverte, avec prostrusion de la langue, les narines sont dilatées et relevées et les globes oculaires convulsés cachent presque la pupille sous la paupière supérieure.

Les mouvements des membres supérieurs correspondent à la convulsion des traits du visage : de la main droite, la possédée tire à pleine poignée sur ses cheveux épars, pendant que de la main gauche, elle saisit sa chemise pour la déchirer. La robe entr'ouverte, qui retombe sur ses hanches, témoigne de la violence des convulsions qui ont précédé et de la fureur qu'a mise l'énergumène à se déchirer elle-même.

En arrière, au premier plan du tableau, dans un raccourci plein d'audace, un possédé, presqu'entièrement nu, renversé sur les marches de l'escalier et qui, dans une épouvantable convulsion, a brisé les liens dont on l'avait attaché. La tête est renversée et la face affreusement convulsée. Les yeux sont distors, les pupilles entraînées en haut, sous la paupière supérieure, les lèvres bleuies et écumantes.

Voila, rendus en traits inimitables et avec une fidélité qui est presque terrifiante, les caractères précis de l'hystérie chez la femme et chez l'homme. C'est à se demander si le maître d'Anvers n'en avait pas dérobé le secret pathologique. Aucun de ces signes que nous considérons comme pathognomiques n'y fait défaut : ni chez la démoniaque, le gonflement saisissant du cou, ni surtout ce geste inconscient et si caractéristique qui porte les hystériques à déchirer leurs chemises et leurs robes et à se dépouiller de tout vêtement pendant leurs crises ; ni, chez l'homme, les contractions musculaires exagérées, et cette violence inouie qui accompagnent souvent leurs convulsions.

Il est impossible de retracer avec plus de vérité le drame morbide évoqué par les scènes de possession, et de préciser, avec plus d'entente des lois de l'observation, le contraste que subissent les sexes dans ces orageuses perturbations. Ce n'est pas un des moindres talents de Rubens d'avoir indiqué cette différence et d'avoir montré que chez l'homme la crise revêt une exaltation de contractions et une violence de mouvements en rapport avec sa puissance musculaire, pendant que chez la femme elle reste sous la dépendance de son appareil physiologico-organique.

Cette esquisse rapide d'une des plus belles œuvres du peintre flamand justifie, on le voit, la thèse soutenue par les savants auteurs, et il est difficile, après avoir pris connaissance de l'étude détaillée qu'ils font de ce tableau, après avoir parcouru les nombreux documents que renferme leur ouvrage, de ne pas considérer comme demontrée l'ancienneté de cette névrose dans laquelle les pessimistes du siècle veulent voir un mal contemporain.

Mais la lecture des « Demoniaques dans l'art » suscite une autre réflexion que je voudrais noter avant de terminer. Il me semble que l'on peut avancer, sans risquer de blesser la toute puissante critique, que l'étude des maîtres des vieilles écoles se ressent quelquefois de l'insuffisance de connaissances techniques. Ainsi, dans ce tableau du musée de Vienne, personne n'avait signalé avant mes savants confrères, avec autant de force, la voie naturaliste, au vrai sens de ce terme aujourd'hui détourné de son acception réelle, dans lequel était entré Rubens. Personne n'avait fait ressortir la profonde pénétration avec laquelle il a su découvrir les secrets de la nature, et la fidélité scrupuleuse avec laquelle il a su les retracer.

Dans un ouvrage récent, consacré à l'étude des leçons d'anatomie de ces autres grands observateurs qui furent les Peintres Hollandais, j'ai montré moi-même que de célèbres critiques avaient omis d'interpréter de saisissants mouvements dont le sens technique leur avait sans doute échappé.

Ce manque de connaissances spéciales, dont on ne saurait cependant faire un reproche fondé, peut même faire tomber dans de graves erreurs d'interprétation. M. Charcot signale avec raison celle qui a été commise par un illustre écrivain, Charles Blanc, « dépeignant la grâce involontaire et la vérité si exquise avec laquelle une jeune femme, appartenant à un groupe d'André del Sarto, se laisse tomber à la renverse en s'évanouissant. »

Or, cette jeune femme, qui est une possédée exorcisée par Saint-Philippe de Néri, est représentée par le peintre dans la période qui précède la grande attaque, et le tronc courbé en arrière, le cou turgescent, les muscles contracturés, tout ce corps étreint par un spasme rigide, offrent les caractères précis de la redoutable crise. Il y a loin de cette attitude à l'élégante syncope de coquette que lui prête le critique.

Ainsi s'éclairent mutuellement, par l'incommutable loi de l'observation, les procédés de l'art et les études de la science. Si les œuvres des artistes ont pu, en retraçant les traits pathologiques de la grande névrose, permettre d'en établir l'ancienneté, il sera donc juste aussi de reconnaître que l'application des données scientifiques aux œuvres des maîtres anciens ou modernes peut donner une plus complète et plus large interprétation de leurs méthodes, et fournir à la critique de nouveaux éléments d'appréciation de leur génie. Envisagé à ce point de vue nouveau, le livre si intéressant et si original de MM. Charcot et Richer devra rencontrer dans le monde artistique et littéraire l'accueil très sympathique qu'il est assuré de recevoir dans le monde savant.

Dr PAUL TRIAIRE.

REVUE DES THÈSES

De l'ozène et des rhinites fétides, par A. de Campos Salles
Thèse de Paris, 1886.

Malgré les savants travaux parus en ces dernières années, tant sur l'ozène que sur les rhinites fétides, l'accord est loin d'être fait sur les causes de la mauvaise odeur exhalée par les individus atteints de ces affections. On incriminait l'âcreté

puante d'un ulcère profond lorsque la rhinoscopie est venue réduire à rien cette croyance contemporaine d'Ambroise Paré. Il n'est plus resté à mettre en cause la configuration spéciale de certains nez, caractérisés par l'atrophie congénitale du cornet inférieur et partant trop larges, dans lesquels les mucosités stagnent et s'altèrent. Et certains organismes inférieurs, trouvant ici un terrain favorable à leur pullulation, se rendraient responsables de la mauvaise odeur.

Cette théorie, pour si rationnelle et si bien fondée qu'elle soit, ne saurait être univoque, puisque certains auteurs, Hédénius (de Dresde) et Cozzolino (de Naples), admettent une variété d'ozène sans lésions due à une altération propre de la sécrétion. Celle-ci serait fétide en raison d'une idiosyncrasie inexpliquée, comme est fétide chez certains individus la sueur pieds, des aisselles.

Aussi, tout en rendant justice aux efforts tentés par M. de Campos pour débrouiller la question de l'ozène et des rhinites fétides, nous pensons que le terrain reste encore suffisamment libre pour solliciter de nouvelles recherches.

De l'ectrodactylie, par J. Druillet. — Th. de Paris, 1886.

Les maladies congénitales des doigts se divisent en deux catégories comprenant les anomalies par excès et par arrêt de développement : la polydactylie, la mégalodactylie et la macrodactylie se trouvent d'un côté, de l'autre sont l'ectrodactylie, la syndactylie et la brachydactylie. Nous avons eu l'occasion de rendre compte ici même d'un excellent travail sur la polydactylie inspiré par M. le professeur Lannelongue et dû à M. Tapie (Th. Paris, 1885); M. Druillet, connaissant les idées du même maître sur la pathogénie des anomalies en général, vient à son tour tenter d'en faire l'application à l'ectrodactylie.

L'absence congénitale des doigts s'observe fort rarement. De 1873 à 1878, M. Polaillon n'en a pas rencontré de cas sur 3,726 nouveau-nés, et en cinq ans cette malformation n'a pu se présenter sur les 4,500 enfants qui ont vu le jour à la Clinique d'accouchement. L'ectrodactylie se transmet héréditairement bien que non fatalement ; au surplus, elle disparaît souvent à la seconde génération. De toutes les hypothèses, celle qui se base sur un arrêt de développement produit par des adhérences établies entre les différents points de la palette palmaire ou entre celle-ci et l'amnios rend assurément le mieux compte du mécanisme producteur de l'anomalie. On comprend, en effet, que l'arrêt de développement de l'amnios, la compression exercée par cette membrane, l'existence d'ulcérations, soient des conditions absolument favorables à la formation de ces adhérences.

Les maladies constitutionnelles des parents sembleraient ne pas devoir rester étrangères à la détermination de ces anomalies, et l'observation journalière tendrait même à faire considérer comme syphilitiques les ulcérations dont nous venons de parler.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

Le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles. — M. Lagneau a porté de nouveau devant l'Académie de médecine cette importante question d'hygiène scolaire qui, avec l'extension chaque jour croissante des programmes d'études, préoccupe vivement et justement l'opinion publique. Le mal n'existe pas seulement dans les établissements d'instruction réservés aux garçons : il s'est développé et accru rapidement dans les écoles et lycées de jeunes filles. M. Dujardin-Beaumetz a montré, par des chiffres pleins d'éloquence, les dangers physiques et moraux d'un système qui, stimulant outre mesure le travail des jeunes filles, conduit le plus grand nombre d'entre elles à de cruelles déceptions en les engageant dans une carrière dont l'encombrement a atteint le plus haut degré. Nous reviendrons sur ce sujet qui, avec l'inspectorat des eaux minérales, semble devoir occuper les prochaines séances de l'Académie. Nous ajouterons simplement que ce vice d'organisation de l'enseignement n'est pas propre à notre pays, qu'il s'étend à tous les pays de l'Europe, et que partout, notamment en Belgique, il a sérieusement fixé l'attention des hygiénistes et des gouvernants.

— Les universités régionales. — Le programme poursuivi d'après le décret de décembre 1885 par le ministère de l'Instruction publique, de créer en province de grands centres universitaires, exige le groupement, dans une même ville, des différentes branches de l'enseignement supérieur. Or, le département du Nord possède une Faculté de médecine, et une Faculté des sciences à Lille, une Faculté de droit et une Faculté de lettres à Douai. M. Berthelot songerait à réunir les quatre Facultés au chef-lieu du département. Lille deviendrait ainsi le siège d'une importante université régionale.

— Les tuyaux de plomb pour la conduite des eaux potables. — Nous avons fait des réserves quand nous avons parlé récemment de la feuille de plomb dont on a tapissé intérieurement l'aqueduc d'Arcueil. Une pétition, signée de nombreux médecins et hygiénistes, a été adressée au Conseil municipal pour protester contre cet emploi du plomb dans l'aménagement des conduites d'eaux destinées à l'alimentation, et le Conseil a invité le préfet de police à saisir de la question le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

— Hommage confraternel rendu a la dignité professionnelle. — Les hommes qui honorent la profession n'ont pas moins droit que ceux qui honorent la science aux témoignages de notre sympathie et de notre respect. C'est ce qu'ont pensé, avec raison, les médecins du XIIe arrondissement en organisant une fête intime en l'honneur du docteur Gibert et en offrant à leur confrère, comme souvenir de leur profonde et affectueuse estime, un superbe bronze de chez Barbedienne, le *Fauconnier*. Tous ceux qui connaissent M. Gibert et par conséquent apprécient son caractère, son désintéressement auprès des malades, son dévouement envers ses confrères, la dignité de toute sa vie, applaudiront sans réserve à l'initiative des médecins du XIIe arrondissement.

— Le palais des Sociétés savantes. — Plusieurs Sociétés médicales de Paris, jointes à l'Association française pour l'avancement des sciences, et soutenues par une Société financière, travaillent à organiser un local où elles pourront tenir commodément leurs séances, installer largement leurs archives, leur bibliothèque et créer, par le fait même de leur réunion, un véritable cercle médical dont il ne restera plus qu'à compléter les points accessoires. C'est l'ancien hôtel Panckoucke, rue des Poitevins, qui a été choisi pour réaliser ce

projet, et deviendra prochainement le *Palais des Sociétés savantes*. L'idée est excellente, et il faut espérer que l'exécution, poursuivie depuis bien longtemps, répondra entièrement au but proposé.

— Choléra. — Le choléra sévit à Catane depuis la fin du mois de février ; on compte déjà plus de 50 cas, dont la moitié ont été mortels.

Le Conseil sanitaire et la municipalité ont pris toutes les mesures nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie ; un grand nombre de familles ont quitté la ville.

— Le sixième Congrès de médecine interne, organisé par la Société de médecine interne de Berlin, aura lieu à Wiesbaden, du 13 au 16 avril, sous la présidence de M. Leyden. Le programme comporte des discussions générales sur le *traitement de la syphilis*, sur les *localisations dans les affections cérébrales*, sur la *pathologie et le traitement de la coqueluche*.

Sont annoncées en outre les communications suivantes :

M. Lichtheim (Berne). — *Sur l'anémie pernicieuse.*

M. Rindfleisch (Würzburg). — *Sur l'anatomie pathologique du tabes dorsalis.*

M. Unverricht (Iéna). — *Sur l'épilepsie expérimentale.*

M. Rossbach. — *Sur la signification physiologique des leucocytes qui émigrent hors des vaisseaux des amygdales et des glandules de la langue.*

Idem. — *Sur la chylurie.*

Idem. — *Sur un siège destiné à faciliter la respiration aux emphysémateux et aux asthmatiques.*

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les actionnaires de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS *sont informés que l'Assemblée générale annuelle se réunira au siège social, 85, avenue Montaigne, le jeudi 31 mars, à 5 h. ½. Aux termes des statuts, le présent avis tient lieu de convocation régulière.*

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Camille Leclère, médecin consultant aux eaux de Plombières. Notre sympathique et regretté confrère a succombé le 28 février à Saint-Raphaël (Var), dans sa cinquante-quatrième année. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier à l'église de la Madeleine.

— M. le docteur Chuffart, agrégé près la Faculté de médecine de Lille et aide-major de première classe au Corps de santé militaire, vient de mourir à Lille d'une affection de poitrine, à l'âge de 31 ans.

M. le docteur Jules Arnould, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, et M. le docteur Donnor, agrégé près la Faculté, se sont faits les interprètes des regrets de tous en présence de cette tombe prématurément ouverte.

— M. le docteur Leudet, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, élu la semaine dernière membre correspondant de l'Académie des sciences, vient de succomber aux suites d'une pneumonie. Il était membre associé de l'Académie de médecine. Ses travaux de clinique médicale lui avaient conquis une juste notoriété.

***

Conseil général des Facultés. — M. Lannelongue a été élu par la Faculté de médecine membre du Conseil général des Facultés, en remplacement de M. Brouardel, membre de droit dudit conseil, en sa qualité de doyen.

Faculté de médecine de Paris — M. Brouardel, professeur de médecine légale, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Polosson, agrégé, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1887, d'un cours de pathologie externe.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Coreil est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Labussière, démissionnaire.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Brunhes, professseur de physique à la Faculté des sciences de Dijon, est chargé, en outre, d'un cours de physique à l'Ecole de médecine.

Ecole de médecine d'Amiens. — Sont nommés préparateurs : M. Ségard (chimie) ; M. Leplomb (histoire naturelle).

Hôtel-Dieu de Lyon. — Huit candidats se sont fait inscrire pour le concours de majorat, qui doit s'ouvrir le 14 mars 1887. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. Ganholphe, Goullioud, Imbert, Jaboulay, Laguaite, Montaz, Robin et Sabatier.

Le jury est composé de MM. Aubert, Clément, Colrat, Dron, Fochier, Gayet, Horand, Daniel, Mollière, Ollier, Poncet, Soulier et Vincent.

— Le ministre de l'intérieur vient d'inviter les préfets à procéder au recensement des aliénés, des crétins et des idiots entretenus à la date du 1er janvier dans les établissements spéciaux : asiles publics, asiles privés faisant fonction d'asile public, quartiers d'hospice et maisons de santé.

— Le ministre de la guerre a décidé, sur la proposition de la section technique du service de santé, que le prix annuel de médecine sera partagé, à la suite de concours de 1886, entre M Coustan, médecin-major de 1re classe, et M. Duponchel, médecin-major de 2e classe.

— Le Conseil municipal de Paris a décidé que « le service des jardins de la Ville placera et entretiendra dans les salles des hôpitaux un certain nombre de plantes et de fleurs ».

— L'article 1er de la loi de finances du 26 février 1887 porte ce qui suit :

A partir du 1er février 1887, les étudiants inscrits dans les Facultés et dans les Ecoles d'enseignement supérieur de l'Etat seront soumis à un droit d'inscription de 30 fr. par trimestre.

Sont dispensés de ce droit les boursiers, les maîtres répétiteurs et maîtres d'études des établissements publics d'enseignement secondaire. Peuvent, en outre, en être dispensés, un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque établissement.

Les étudiants inscrits dans les Facultés de droit peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire en vue des grades dans les Facultés des lettres.

Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Ecoles supérieures de pharmacie, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des sciences.

Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées.

Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 27 FÉVRIER AU SAMEDI 5 MARS 1887

Fièvre typhoïde 41.—Variole 2 — Rougeole 46.— Scarlatine 3. — Coqueluche 13.— Diphthérie, croup, 44 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 211.— Autres tuberculoses 31. — Tumeurs : Cancéreuses 37. — Autres 4. — Méningite 32. — Congestion et hémorr. cérébr. 39. — Paralysie 8. — Ramollissement cérébral 12.— Maladies organiques du cœur 66. —Bronchite aiguë 46. — Bronchite chronique 53. — Broncho-pneumonie 30. — Pneumonie 73 — Gastro-entérite : Sein 14. — Biberon 48. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 3.— Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 32. — Sénilité 27. — Suicides 23. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 212. — Causes inconnues 18. — Total de la semaine : 1.190 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Agenda formulaire des médecins praticiens, fondé par le docteur A. Bessu, contenant : 1° Nouveau guide du médecin praticien, par le docteur V. Audhoui ; 2o pathogénie infantile, par le docteur Descroizilles ; 3o annuaire médical et pharmaceutique, par le docteur Audhoui, etc., paraissant tous les ans. — 1 vol. in-18. — 37e année, 1887.— Prix : broché, 1 fr. 75. Agenda cart. recouvert en soie, trimestres séparés, 3 fr. ; no 1, reliure mouton chagrin, fermant au crayon, 3 fr.; no 2, id. en portefeuille avec patte, 3.50; no 3, id. en portefeuille, trimestres séparés, 5 fr. ; no 4, id. cahier recouvert soie, trimestres séparés, 7 fr.; no 5, id. portefeuille, avec 3 poches en peau, dont une ferme à patte, trousse, 8 fr.; no 6, le même fermant à tourniquet en maillechort, 9 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et C. Lecrosnier, éditeurs.

Transactions of the Academy of medicine in Ireland, vol. IV, edited by W. Thomson, secrétaire général, chirurgien à l'hôpital Richmond. — Dublin, Fannin.

Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité, par le docteur Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, préface par le professeur J.-M. Charcot, membre de l'Institut. Un volume in-16 de la Bibliothèque contemporaine. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Baillière, rue Hautefeuille, 19.

« Aujourd'hui que l'hypnotisme est arrivé, grâce à l'application régulière de la méthode nosographique, à conquérir définitivement sa place parmi les faits de la science positive, il y aurait de l'injustice à oublier les noms de ceux qui ont eu le courage d'étudier cette question à un moment où elle était frappée d'une réprobation universelle. M. Azam a été l'un de ces initiateurs ; le premier en France il a cherché à contrôler par des expériences personnelles les résultats annoncés par Braid.

« Les recherches de M. Azam n'ont pas seulement un intérêt historique ; l'analyse y retrouve la plupart des phénomènes somatiques et psychiques d'anesthésie, d'hyperesthésie, de contracture, de catalepsie, que nous avons appris depuis cette époque à produire à volonté, selon un déterminisme rigoureux en nous adressant à une catégorie spéciale de sujets.

« J.-M. CHARCOT, *membre de l'Institut*. »

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ROUSSET et Cie. 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. Nº 12 19 MARS 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

PHIMOSIS DIABÉTIQUE. — DIABÉTIDES GÉNITALES GANGRÉNEUSES. — Leçon de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

Suite. — Voir les numéros 10 et 11.

Messieurs,

Nous allons achever aujourd'hui l'étude des diabétides génitales par celle du phimosis diabétique et des diabétides génitales gangréneuses.

Je vous ai longuement décrit la balano-posthite diabétique, j'ajouterai qu'elle n'est pas le dernier terme de la maladie, et qu'elle a un aboutissant, le phimosis. Elle aboutit au phimosis par trois sortes de phénomènes : 1° En déterminant l'épaississement progressif du prépuce ; 2° en lui enlevant son élasticité ; 3° en rétrécissant son anneau inférieur.

En effet, au bout d'un certain temps, le prépuce devient dur, rigide, difficilement extensible, à mesure que son anneau inférieur se rétrécit par suite de la cicatrisation des fissures que je vous ai signalées. Chacune de ces crevasses aboutit à une cicatrice de tissu inodulaire rétractile, et il en résulte une sorte de bague dure, infranchissable pour le gland et souvent même pour une sonde.

C'est le phimosis diabétique. La balano-posthite a produit le phimosis, celui-ci, à son tour, produit la balano-posthite, car le malade urine dans son prépuce, et il se développe une irritation continue par contact de l'urine sucrée. La cause devient effet, l'effet devient cause, et on aboutit à un phénomène permanent, à une infirmité caractérisée par l'émission défectueuse de l'urine, par la difficulté et même l'impossibilité des rapports sexuels, par la persistance d'un écoulement séreux ou séro-purulent simulant la blennorrhagie, enfin par des démangeaisons continues, avec ardeur et cuisson, présentant de temps à autre des exacerbations.

Je vous disais, dans la dernière conférence, que la balano-posthite est souvent un signe révélateur du diabète ; j'en dirai autant du phimosis, en premier lieu dans les cas de diabète ignoré, et, en second lieu, dans les cas où les symptômes du diabète passent inaperçus.

La relation que je vous signale, messieurs, ne date pas d'aujourd'hui ; elle a été signalée en 1807 par un médecin anglais, et il y a beaucoup de faits à l'appui. Je ne vous en citerai que deux, dont un m'est personnel :

Il y a quelques mois, un malade vient à ma consultation et me raconte avoir eu la syphilis quelques années auparavant, et, depuis un certain temps, un suintement des parties génitales avec phimosis. Après examen, je soupçonne le diabète, et le malade affirme n'en avoir jamais eu aucun symptôme. L'analyse des urines montra qu'elles contenaient

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE (1).

Annalistes, chroniqueurs, mémorialistes

> Je dirai : J'étais là ; telle chose m'avint :
> Vous y croirez être vous-même.
> Lafontaine, *Fables* : LES DEUX PIGEONS, livre IX, fable II.

Les services que les médecins ont pu rendre à l'histoire sont immenses. Les uns, en tant que médecins de souverains, ont pu, par la relation de l'état morbide de leurs augustes clients, donner souvent la clef de problèmes historiques ; ici c'est une série de victoires suivies d'une série de défaites ; là une période administrative admirable précédant une phase désastreuse. D'autres, médecins d'armées, ont fourni des mémoires qui élucident bien des points dans l'histoire des entreprises militaires auxquelles ils ont assisté. D'autres encore, chargés de soigner *in extremis* des hommes célèbres ou simplement de faire leur autopsie, ont laissé de vrais documents très utiles pour l'histoire. Enfin il est aussi des médecins qui, par leur situation, leurs goûts ou leurs aptitudes, se sont contentés de transmettre aux générations futures la relation générale des faits qui se sont passés sous leurs yeux et de leur temps.

C'est par cette dernière catégorie de médecins annalistes que je vais commencer ma rapide revue.

Dès une haute antiquité, dans le Ve siècle avant notre ère, un nom nous arrête déjà, celui de Ctésias, fils de Ctésiochus (Lucien) ou Ctésiarchus ; Ctésias, né à Gnide, appartenait, si nous en croyons Galien, à la famille des Asclépiades. L'exercice de la médecine étant héréditaire dans cette famille, Ctésias fut médecin. Comment fut-il amené à la cour d'Artaxerxès Mnémon, roi des

(1) Sous ce titre, le docteur Albertus a publié dans la GAZETTE MÉDICALE, en 1881 et 1882, une série de feuilletons dont nos lecteurs, qui avaient su si bien les apprécier, n'ont certainement pas perdu le souvenir. Notre excellent collaborateur reprend aujourd'hui ce sujet, qui était loin d'être épuisé, mais qui exigeait de nouvelles et patientes recherches. Il a utilisé son long silence à recueillir des matériaux propres à compléter son intéressante étude médico-littéraire. (*Note de la rédaction.*)

38 gr. de sucre par litre, 96 gr. en vingt-quatre heures.

Vous trouverez l'observation du second cas dans le Compte rendu du Congrès de Clermont-Ferrand, en 1876. Il s'agit d'un jeune homme bien portant, grand buveur, grand mangeur, atteint d'un écoulement qu'il attribuait à une blennorrhagie. Les urines contenaient 60 gr. de sucre par litre. Ainsi, ce malade n'avait pas accordé d'importance aux autres symptômes du diabète : polyphagie, polyurie, polydypsie, et c'est le phimosis qui a permis de diagnostiquer son diabète.

Laissez-moi, messieurs, ajouter un mot sur les incidents et les complications qui peuvent se présenter. Le phimosis, une fois constitué, peut produire de la balano-posthite, je l'ai dit, par crises subaiguës ou aiguës. En second lieu, il peut déterminer de la lymphangite ; le prépuce étant irrité, il se produit des nodosités lymphangitiques qui peuvent en imposer pour un chancre induré, des végétations ou même des tumeurs malignes.

Un troisième accident, plus commun, ce sont les végétations. Vous savez que la cause la plus fréquente des végétations est l'irritation ; or, le diabète, les urines sucrées produisent cette irritation.

Ces végétations sont analogues à toutes les autres ; cependant elles se caractérisent : 1° Par leur rapide croissance, atteignant quelquefois un volume considérable, comme dans un cas cité par Rollet ; 2° par leur repullulation après guérison, car 8 ou 15 jours ne se passent pas sans qu'elles se reproduisent.

Un mot sur le traitement de ces incidents. Il va sans dire qu'il y a deux indications : une indication majeure, qui est le traitement du diabète, traitement correctif de la glycémie, et une indication secondaire, qui est le traitement topique.

Je ne parlerai que du second : Quel doit-il être ?

D'abord, un excellent moyen préventif consiste en un lavage après chaque émission d'urine, et cela surtout chez la femme.

Mais, le mal est venu. Contre la balano-posthite, on emploiera les bains de son ou d'amidon, les lotions alcalines (bicarbonate de soude ou borax) ; on interposera entre le gland et le prépuce une couche de ouate, après avoir saupoudré les surfaces avec une poudre isolante, poudre de talc.

Le phimosis existe-t-il ? Mêmes soins d'hygiène : bains, injections sous-préputiales, 4 ou 5 par jour, en commençant par une injection de balayage ; puis une injection médicamenteuse variable suivant la modalité de la lésion. S'il n'y a qu'une irritation légère, injection alcaline ; si elle est plus intense, injection de nitrate d'argent, 1 gr. et même 2 gr. pour 200 gr. d'eau. Dès que le malade peut découvrir, interposition de ouate avec poudre de talc.

Ce traitement, que peut-il donner ? Les balano-posthites du diabète sont toujours curables, avec de la patience et des soins. Mais en est-il de même s'il y a phimosis ? Il y en a de curables, mais aussi d'incurables. Il y en a de curables par la méthode que je viens de vous indiquer et la dilatation progressive consécutive ; mais il y en a d'incurables quand le prépuce est modifié par du tissu inodulaire cicatriciel, incurables médicalement parlant.

On peut dire : il faut faire la circoncision. Oui, mais rien ne peut être plus grave que cette opération chez un diabétique ; elle peut lui coûter la vie.

Il y a eu des accidents graves observés par des chirurgiens, et en grand nombre : érysipèle, phlegmons, gangrène, mort très rapide. Bourgade, de Beauvais, en ont cité des exemples ; et permettez-moi d'en citer deux cas. Un jeune homme de 26 ans, opéré, a été atteint de gangrène de la peau de tous les organes génitaux, du ventre, et il en est mort. Demarquay a cité le cas d'un autre jeune homme, qui eut un phlegmon de la verge, des bourses, des parois abdominales, et qui mourut également.

Un diabétique est un *noli me tangere* ; il peut avoir une gangrène à propos d'une écorchure, exemple ce malade de nos salles, écorché légèrement à la jambe. M. Felizet me citait un cas semblable. Il faut s'abstenir, ou mieux, il faut différer la circoncision jusqu'à la disparition de cette infection du sang, la glycémie.

— Il ne me reste plus, messieurs, qu'à aborder la question des diabétides gangréneuses. Ces cas sont encore très rares, et je n'ai pu en réunir qu'une demi-douzaine de cas, mais authentiques. Il est prouvé que, chez l'homme, le diabète peut déterminer la gangrène des organes génitaux ; on n'a pas encore observé de faits chez la femme.

Gubler a cité un cas de gangrène spontanée du scrotum ; Niepce, un cas de balano-posthite suivie d'anthrax gangréneux. J'ai vu en ville deux cas de gangrène des organes génitaux, et un malade du service nous en offre un autre cas, dont j'ai à vous faire l'histoire.

Perses ? Ici les opinions varient. Est-ce simplement par la force de sa réputation ? C'est douteux. Il nous paraîtrait plus rationnel d'admettre avec Diodore (de Sicile) qu'ayant été fait prisonnier, Ctésias fut on ne peut mieux accueilli à cause de sa science par Artaxercès, près duquel il passa dix-sept ans. « Il profita de son séjour à la cour du grand roi, dit M. L. de Sinner (1), pour consulter les archives du royaume, et ce travail lui inspira l'idée d'écrire l'histoire de la Perse. Il l'écrivit en dialecte ionien, et il ne nous reste de cette œuvre que des fragments dont les anciens vantaient la clarté et l'élégance. Ctésias écrivit une histoire de Perse « Persica », en vingt-trois livres, dont les six premiers, cités quelquefois sous le nom d' « Assyriaca », contenaient l'histoire de l'Assyrie, à partir de Ninus et de Sémiramis. Diodore (de Sicile) a suivi Ctésias dans son second livre. » Trague-Pompée lui aurait également emprunté les détails relatifs à l'histoire des anciens empires de l'Asie. Photius, dans sa Bibliothèque (cod. 72), nous a laissé un extrait assez considérable de l'histoire de Perse, extrait qui s'étend depuis le septième jusqu'au vingt-troisième livre. Plutarque, dans sa vie d'Artaxercès Mnémon, le critique et émet des doutes sur sa véracité, mais ne laisse pas de le suivre très souvent. D'autres fragments de « Persica » nous ont été conservés par Etienne de Byzance, Tzetzès, Athénée, Elien, Démétrius de Phalère et autres auteurs.

Ctésias s'occupa aussi de l'histoire des Indes (Indica) dont Photius nous a laissé un résumé. C'est un recueil de traditions mythiques relatives à la civilisation indoue plutôt qu'une véritable histoire de ce peuple. Et cependant Ctésias assure ingénument « que ce qu'il rapporte est la pure vérité, et qu'il parlait, soit comme témoin oculaire, soit d'après les récits de témoins oculaires ; qu'il omet bien d'autres choses plus merveilleuses pour ne pas paraître en imposer à ceux qui ne les auraient pas vues. » Mais tout ce que raconte Ctésias dans ses « Indica » est tellement fabuleux, que nous croyons, avec M. Berger de Xivrey (*Traditions tératologiques*, Prolégomènes, p. XXVIII) reconnaître dans cet ouvrage le plus ancien recueil tératologique de l'antiquité. « Quoi qu'il en soit, ajoute M. Sinner, cette crédulité aveugle qu'il avoue avec tant de bonne foi ne parle guère en faveur de sa critique ; aussi, parmi les savants modernes, les amis les plus zélés de Ctésias ont-ils abandonné les *Indica*. »

(1) *Encyclopédie des gens du monde.*

Il s'agit d'un homme bien portant, âgé de 46 ans, qui a commencé à avoir une petite érosion sur le gland; au bout de quinze jours, ennuyé de la voir persister, il va trouver un médecin qui prescrit une pommade boriquée. Alors, la lésion s'accentue, la gangrène s'établit en vingt-quatre heures.

Nous avons constaté une espèce de bourgeonnement du gland, de couleur jaunâtre, jaune-verdâtre, molle, avec insensibilité absolue; c'est, de toute évidence, un sphacèle. Ce sphacèle était entouré par une collerette cyanique; c'était tout. Rien autre comme aspect périphérique.

Il s'agissait de diagnostiquer la nature de ce sphacèle, mais l'aspect objectif était insuffisant : car toutes les gangrènes se ressemblent, comme l'a dit Ricord; elles ont un même air de famille, quelle que soit leur origine. Il ne restait donc de possible que le diagnostic d'exclusion.

Quelles maladies pouvions-nous mettre en cause dans ces conditions particulières de santé du malade? Inventaire fait, nous n'en trouvions que quatre : le *chancre simple*, le *chancre syphilitique*, la *gomme*, le *diabète*.

Pouvait-il s'agir d'un chancre simple? Oui, car quelquefois il se complique de gangrène. Mais le malade reniait toute contamination possible; ce n'est qu'une raison morale. Il en fallait d'autres, et nous trouvions deux raisons cliniques : 1° Unité de la lésion, qui n'est pas dans l'habitude du chancre simple; 2° aspect objectif, qui ne ressemble en rien à celui du chancre simple gangréneux, lequel est un ulcère creux, qui suppure, à aréole enflammée. Ici, rien de semblable : pas de plaie, pas de suppuration, etc.

Nous étions donc autorisé à exclure le chancre simple.

Un chancre syphilitique gangréneux? Oui, la complication est possible; mais elle n'existe pas dans l'espèce par une raison capitale, l'absence d'adénopathie.

La troisième hypothèse, gomme gangréneuse, est encore plus autorisée; la gomme est d'essence sphacélique, et il y a des gommes gangréneuses.

Mais deux raisons majeures empêchent d'accepter ce diagnostic : 1° Le malade n'est pas syphilitique; les syphilis ignorées abondent, mais rien dans l'examen minutieux du malade n'indique la syphilis; 2° raison encore meilleure, l'aspect objectif n'était en rien celui d'une gomme. On trouve toujours, à la gomme gangréneuse, un cadre gommeux, un cadre avec les caractères de la gomme; cela n'existait pas chez ce malade, qui ne présentait qu'un bourgeon gangréneux.

Cette troisième hypothèse écartée, nous étions donc amenés à la gangrène diabétique, et nous y étions amenés aussi par les caractères de la lésion : gangrène en masse, à froid, à évolution très rapide, caractères des gangrènes diabétiques.

Interrogé, le malade nous a appris qu'il avait le diabète depuis cinq ans, avec les symptômes caractéristiques, exagération de la soif, polyurie, exagération de l'appétit, et encore névralgies faciales et perte des reflexes rotuliens, signe sur lequel M. Bouchard a appelé l'attention. En outre, les urines contenaient 54 gr. de sucre par litre, 154 gr. en vingt-quatre heures. Le diagnostic était confirmé.

Il y a à signaler le siège anormal de cette gangrène aux organes génitaux, car elle est plus fréquente aux membres inférieurs.

Si le diagnostic avait eu besoin d'une confirmation nouvelle, on la trouverait encore dans l'évolution de la maladie. Ce malade, qui avait quitté l'hôpital, y est revenu avec une gangrène de la jambe, consécutive à une légère éraflure. Cette deuxième gangrène est encore un témoignage en faveur du diagnostic.

A ce propos, je ferai une remarque qui n'existe pas dans les livres; elle a trait à ce que j'appellerai la pluralité successive des gangrènes diabétiques.

Il faut s'attendre à voir se produire des séries d'accidents gangréneux chez ces malades; il en a été ainsi le nôtre et j'ai vu, chez un malade de la ville, une gangrène génitale suivie de gangrène lenticulaire sur le corps. Dans un autre cas, le malade eut quatre poussées successives dans un seul mois. Il y a des exemples de poussées subintrantes, véritable pluie gangréneuse sur tout le corps, de sorte que nous pouvons dire que ces gangrènes sont fréquemment récurrentes.

Je terminerai, messieurs, par quelques considérations rapides sur le pronostic et le traitement. Je dois être très réservé sur le pronostic, car les cas observés sont rares, six cas seulement; cependant, on peut distinguer un type bénin et un type grave.

Le type grave, de gangrène profonde, est celui que présentait notre malade, qui a perdu la moitié de son gland.

Je suis aussi embarrassé pour vous parler du traitement,

Ctésias a fourni, en même temps qu'un recueil de mythes, une multitude de notions d'histoire naturelle et de géographie médicale relatives à l'Inde. Il a écrit aussi un ouvrage sur les montagnes, des relations de voyages sur les côtes maritimes, un livre sur les peuples asiatiques, un traité sur les fleuves, le tout accompagné d'observations médicales (1).

Sans nous attarder à rechercher dans l'histoire ancienne, pas plus que dans l'histoire du moyen âge des médecins annalistes, en laissant de côté cette curieuse figure de H. Cornélius Agrippa de Nettesheim, qui, attaché comme astrologue à Marguerite d'Autriche (sœur de l'empereur Philippe Ier et gouvernante des Pays-Bas), fut nommé par son entremise historiographe de l'empereur Charles-Quint et écrivit en cette qualité l'*Histoire du gouvernement de Charles-Quint*, avant de publier (en 1530) l'oraison funèbre de la princesse Marguerite (1), arrivons à Dominique Bourgoing, médecin de Marie Stuart, qui nous a laissé un journal des plus intéressants sur les péripéties du procès et sur l'exécution de cette reine dont le souvenir est resté si sympathique aux Français. Ce journal, M. Régis Chantelauze a eu le mérite de le publier en 1876, ayant eu la chance, si toutefois l'on peut appeler chance le flair d'un érudit, de faire une trouvaille et d'en tirer parti. Mais M. Chantelauze n'avait pu nous donner aucun renseignement biographique sur ce modèle de fidélité à l'infortune, sur ce *caniche* de sa reine, et il le regrettait vivement, ainsi qu'en témoigne une lettre que nous avons entre les mains. Or, à peine le livre eût-il

(1) Henri Estienne publia en grec les fragments et extraits de Ctésias avec les fragments d'Agatharchide, d'Appien, etc., 1557, in-8°, et en donna une nouvelle édition, avec la version latine, en 1594. On le trouve à la suite de plusieurs éditions d'Hérodote; Larcher l'a traduit en français et y a joint des notes dans le 6e volume de la seconde édition de sa traduction d'Hérodote. On a vainement essayé de concilier sa chronologie avec celle d'Hérodote; il est reconnu maintenant par les meilleurs critiques qu'elle ne mérite aucune confiance (Clavier, Biographie Michaud, art. CTÉSIAS.)

(1) *Orationes decem de duplici coronatione Caroli V apud Bononiam*, etc. Cologne, 1535. Quel déplorable historien était-il d'ailleurs appelé à faire, cet élève mal équilibré et d'allures si paradoxales, de Paracelse!

car l'expérience manque; je vous dirai ce que j'ai fait pour notre malade.

En premier lieu, traitement du diabète : bicarbonate de soude, 8 grammes par jour, et bromure de potassium.

Topiquement, on a parlé de divers moyens, entre autres de révulsions locales par pointes de feu. Je ne suis pas tenté par cette médication, car, je vous l'ai dit, le diabétique est un *noli me tangere*. J'ai préféré mettre en usage le traitement éprouvé du phagédénisme, sorte de gangrène moléculaire : iodoforme et bains prolongés de cinq, six, huit et dix heures. C'est là ce que nous avons fait par analogie, et qui nous a bien réussi.

La gangrène s'est limitée, mais je ne saurais dire si elle s'est limitée sous l'influence du traitement ou spontanément.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur les diabétides génitales. Résumons-nous :

1o L'influence du diabète se traduit assez facilement par des lésions des organes génitaux.

2o Ces lésions sont de divers ordres, mais présentent surtout deux types : dermatoses eczématiforme et gangrènes superficielles ou profondes.

3o Ces lésions peuvent servir de symptôme révélateur du diabète.

4o Elles risquent fort d'être méconnues si on ne se rappelle leur relation avec le diabète.

5o Il y a nécessité de songer au diabète comme origine de ces lésions.

C'est à ces divers titres que j'ai cru utile, messieurs, de consacrer deux ou trois conférences à cette étude.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical du chancre syphilitique non compliqué, par Paul Thiéry, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Suite et fin. — Voir le numéro 10.

Chancres extra-génitaux. — Cautérisation ignée. — Guérison rapide.

Observation A. — L..., 20 ans, salle 1, no 12. Chancre syphilitique de la langue, adénopathie marquée. Chancre datant de deux mois, sans tendance à la cicatrisation : induration considérable. Diamètre 15 m/m ; roséole. Le chancre est soumis à une cautérisation énergique (le malade n'a éprouvé aucune douleur) tous les deux jours. Le malade sort guéri non seulement de l'érosion chancreuse, mais encore de l'induration sous-jacente, après cinq cautérisations (douze jours de traitement).

Obs. B.—Consultation externe. Chancre de la lèvre datant de quinze jours, très volumineux, guéri en vingt jours après 12 séances de cautérisation ; il reste une induration à peine appréciable. Ce chancre, véritablement énorme, a été guéri dans un laps de temps trois fois moindre qu'un autre chancre de même âge et de volume un peu moindre traité par la vaseline boriquée.

L'application du cautère actuel est encore précieuse, alors que le chancre a disparu, lorsque l'induration persiste ; celle-ci, si elle est volumineuse, si l'infiltration est considérable, peut gêner assez le malade pour qu'il réclame l'intervention, d'autant plus que, bien souvent, il y a difformité persistant plusieurs mois après la cicatrisation de l'érosion chancreuse.

Pour hâter la résolution de cette induration, quelques auteurs préconisent les cataplasmes, les émollients; la plupart recommandent l'expectation. M. Fournier s'élève contre l'excision qui a parfois été nécessitée par le volume de l'induration. Tous s'accordent à dire que le traitement interne seul est efficace contre elle.

Il est facile de faire justice par une simple expérience des émollients, des cataplasmes ; il est facile de reconnaître l'action de la médication mercurielle. Mais quelques observations que nous avons recueillies nous ont montré que la cautérisation au fer rouge (qui dans ces cas est très peu douloureuse, au dire des malades) donnait de brillants résultats ; son action peut être comparée alors à celle du cautère actuel dans les épaississements dermiques résultant de l'œdème chronique, du scrotum, etc., etc. Quoiqu'il en soit, la cautérisation ponctuée ne tarde pas à amener la résolution du syphilome, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes que nous résumons :

G... entre à l'hôpital du Midi, salle 1, no 1, le 6 décembre 1886. Il a un large chancre syphilitique de la rainure au voisinage du frein ; l'érosion est actuellement cicatrisée, mais il reste un noyau d'induration hypertrophique du volume d'une noisette et qui s'oppose au revêtement du gland par le prépuce. Le malade est sou-

paru, que le docteur A. Chereau, ayant fouillé dans les registres de la Faculté de Paris, put donner (Union médicale du 20 mai 1876) quelques indications sur la personnalité de Bourgoing.

Dominique Bourgoing, né à Paris vers 1547, y commença ses études médicales en 1572. Reçu bachelier en 1574, Bourgoing, aspirant à la licence, défendit les trois thèses suivantes : 1° *An homo perfectus ab utero?* (1574, présidence de Nicolas Lambert); — 2° *An thoracis et pulmonum morbis phlebotomia tutior?* (1575, présidence de Barthélemy Passant) ; — 3o *An vacuantibus et anodynis narcotica contraria?* (1576, présidence de Sim. de La Croix).

C'est le 21 mai 1576 que Bourgoing fut proclamé licencié, et le 15 janvier 1577 il était coiffé du bonnet doctoral sous la présidence de maître Fronteboeuf. Au bout de deux ans, en 1579, on le retrouve au nombre des docteurs régents de la Faculté sous le premier décanat de Henri de Monantheuil. Ce serait à la fin de 1579 ou au commencement de 1580 que Bourgoing. *professeur de pharmacie* et médecin près de Henri III (il avait remplacé dans cette charge Laurent Joubert, de Montpellier, l'auteur célèbre du livre sur les *Rires*, du *Traité de la peste*, des *Erreurs populaires au fait de la médecine et régime de santé*, etc), dut quitter la France pour aller suppléer et remplacer auprès de Marie Stuart son vieux médecin Jacques de Lugerie. Il y resta jusqu'à l'exécution de Fotheringay (1587). Bourgoing ne survécut pas longtemps à sa royale cliente. Les registres de la Faculté constatent qu'il était mort à la date du 2 novembre 1589.

Après Bourgoing, nous placerons ici le nom d'un autre médecin qui a, lui aussi, fourni des documents pour l'histoire d'Angleterre. Il s'agit de Georges Bate (1). Né en 1608, dans le Buckinghamshire, à Maids'Morton, Georges fit ses études médicales à Oxford, où il fut reçu docteur en 1637. Il se distingua comme praticien à tel point que Charles Ier, quand il se retira à Oxford, le choisit pour son premier médecin. Après la défaite des royalistes, le *puritain* se rendit à Londres, s'y fit recevoir membre du Collège des médecins, et fut nommé médecin de la Charter-House. En 1651, le parlement l'envoya auprès d'Olivier Cromwell malade, dont il ne

(1) La Biographie médicale de Panckoncke lui donne le prénom de Guillaume.

mis à la cautérisation ponctuée tous les deux jours jusqu'au 15 décembre, puis tous les quatre jours. Il sort guéri le 29 décembre. L'induration a complètement disparu.

A..., porteur d'une induration considérable du sillon balano-préputial, à la suite d'un chancre actuellement cicatrisé : 12 cautérisations *sans traitement général mercuriel*; résolution complète du syphilome (ce malade n'était point entré à l'hôpital).

Examinons maintenant la valeur de la dernière ressource chirurgicale. Nous n'hésitons pas dès maintenant à proclamer que c'est une méthode de choix : longtemps employée dans le but de guérir rapidement la syphilis en supprimant l'accident primitif dès son apparition, elle a été abandonnée parce que la roséole ne tardait pas à convaincre le praticien de l'inutilité de sa tentative. Si nous la préconisons aujourd'hui, c'est comme moyen curatif du chancre, non de la vérole, nous réservant de publier plus tard deux observations encore trop récentes pour avoir quelque valeur au sujet de la cure radicale de la syphilis.

Indications de l'excision.— Elle doit être pratiquée chaque fois que le malade, pour des raisons d'ordre quelconque, est pressé de voir disparaître un chancre induré compromettant et gênant; elle a l'immense avantage d'une guérison *locale* extemporanée qui survient le plus souvent dans les vingt-quatre heures, exempte d'accidents, et qui, bien au contraire, met le sujet à l'abri des complications toujours possibles du chancre : le phagédénisme, la gangrène, l'induration hypertrophique, etc.

Faite largement, l'excision prévient l'induration après opération (que nous n'avons jamais observée); elle laisse une cicatrice inappréciable, et cela est facile à comprendre, puisque les tissus excisés sont de véritables néoplasmes. Il n'y a donc pas perte de substance utile, de tissus sains, et nous verrons plus loin comment cette cicatrice peut être rendue nulle et en tout cas moins compromettante que les taches pigmentaires qui succèdent souvent au chancre syphilitique.

Cette méthode est applicable chaque fois que le chancre, de proportions petite ou moyenne, siège en un point où la peau est souple, mobile (fourreau, limbe du prépuce, scrotum), chaque fois que l'induration est nettement limitée, isolable des parties voisines par une traction modérée.

Elle est contre-indiquée lorsque le chancre siège à la face, aux lèvres, à la langue; chaque fois qu'il est sur le trajet d'un vaisseau superficiel quelque peu important, car elle doit se faire facilement, sans hémorrhagie; soit enfin lorsque la lésion est intimement unie aux parties sous-jacentes ou voisines (chancre du sillon, du gland, du pubis).

En dehors de ces conditions, nous croyons pouvoir la pratiquer comme nous l'avons fait souvent à l'hôpital du Midi, en nous conformant à la technique suivante :

Soins préliminaires. — Le malade est averti que le chancre sera guéri dans les vingt-quatre heures, mais qu'il n'en sera pas moins en puissance de vérole; que l'excision du chancre sauvera les *apparences*, puisque la cicatrice sera à peine visible les premiers jours, mais qu'il n'y en aura pas moins de danger pour les femmes avec lesquelles il serait tenté de cohabiter; qu'on remédie en somme, qu'on *pare* à l'accident du moment (chose dont il sera toujours reconnaissant) mais que le traitement général n'en sera nullement changé.

Dans ces conditions, la plupart des malades acceptent l'opération, et elle donne des résultats remarquables.

Le malade est-il un peu sensible, la cocaïne, et mieux la pulvérisation d'éther, anesthésient suffisamment la région (les mêmes moyens employés pour la cautérisation donnent les mêmes résultats).

Le chancre est lavé au sublimé, ainsi que les parties voisines; les instruments passés à l'acide phénique ou flambés.

Opération.—Le chancre, soulevé avec des pinces à griffes, quelquefois avec les doigts, on saisi entre les mors d'une longue pince, est attiré vers le chirurgien, et, d'un coup de ciseaux rapide, on le sépare. La douleur est nulle si l'on a employé les anesthésiques locaux, ou tellement instantanée que l'on peut n'en pas tenir compte; la section doit être faite à quelques millimètres au-dessous de la base de l'induration syphilomateuse, afin d'éviter toute repullulation locale des agents virulents.

L'excision sera-t-elle faite parallèle à l'axe de la verge ou transversalement? D'une façon générale, on la fera parallèle au plus grand axe du chancre et ordinairement transversale, par rapport à la verge, de façon à ce que la cicatrice, si petite qu'elle soit, puisse être dissimulée par un des plis des téguments.

Cela fait, et la plaie étant bien nette et lavée avec un liquide antiseptique, on rapproche les lèvres à l'aide de 2 ou 3 serres

---

tarda pas à devenir le premier médecin. Chose remarquable! après la restauration des Stuarts, le même Georges Bate fut nommé premier médecin de Charles II. Il est vrai qu'on avait répandu le bruit (d'aucuns prétendent qu'il fit lui-même courir ce bruit par l'intermédiaire de ses amis) que ses soins avaient hâté la mort du *lord Protecteur*. Mais dans la *Relation de la dernière maladie de Cromwell*, Bate se justifia (les uns disent *pleinement*, les autres *difficilement*) d'avoir empoisonné l'*usurpateur*. Georges Bate est principalement connu comme auteur d'une histoire abrégée des Mouvements d'Angleterre dont la première partie parut en 1649 (1). (Il avait, en outre, deux ans avant, en 1647, publié une Apologie, en anglais, de Charles Ier). La seconde partie parut à Londres en 1661. Et, en 1676, un autre médecin, Thomas Skinner, y ajouta une troisième partie.

Le style de Bate passe pour élégant, mais ne serait pas exempt d'affectation. Les Anglais vantent l'impartialité de ses travaux historiques. Je n'ai pas à m'occuper ici de ses œuvres médicales qui ne sont cependant pas sans valeur (1).

Georges Bate mourut le 19 avril 1669, à l'âge de soixante et un ans.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours s'ouvrira, le 4 novembre 1887, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques.

(1) Publiée en latin sous ce titre : *Elenchus motuum nuperorum in Anglia, simul ac juris regii et parlementariis brevis narratio.*

(1) Sous le titre : *Pharmacopeia Bateana*, un apothicaire de Londres, Jacq. Shipton, qui avait pendant vingt ans préparé les médicaments prescrits par Bate, publia, en 1688 et en 1691, un recueil, réimprimé fréquemment en latin et en anglais, qui était cité et consulté jusqu'en ces dernières années. — Bate a fourni, en outre, quelques observations à l'ouvrage de Glisson, *De Rachitide sive morbo puerili*, Londres, 1668. Enfin, Bate est cité par Baglivi, dans sa *Médecine pratique*, comme lui ayant indiqué un excellent vermifuge, le mercure associé à l'eau de chiendent et de pourpier.

fines si le malade doit rester couché; de quelques crins de Florence s'il doit marcher après l'opération. Les unes et les autres seront d'ailleurs enlevés le soir même ou le lendemain matin, car la réunion est parfaite si l'opération a été faite avec des précautions antiseptiques, les lèvres de la plaie exactement affrontées, et, nous le répetons, la cicatrice peu appréciable du début disparaît bientôt.

Dans tous les cas, la réunion étant effectuée par l'un des deux modes précédents, on fait un pansement légèrement compressif à la gaze iodoformée; le tout est enlevé le lendemain, et le malade n'a plus à prendre que quelques soins de propreté.

Ce traitement, avons-nous dit, nous a donné des résultats des plus satisfaisants dans de nombreux cas où le malade, désireux d'une guérison hâtive, s'est offert de lui-même à l'excision. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à le proposer comme méthode de choix chaque fois qu'il sera applicable, surtout dans la pratique hospitalière, où il abrége considérablement la durée du séjour du malade.

Nous résumons ci-après quelques-unes des nombreuses observations que nous avons recueillies dans le service de M. Humbert :

Observation I. — O..., 33 ans, salle 2, n° 3. Chancre syphilitique dureflet balano-préputial datant de huit jours : diamètre 8 millimètres. Excision; 3 serres fines enlevées le soir même. Réunion parfaite le lendemain matin. Le malade a été revu. Cicatrice invisible.

Obs. II.— Ch..., 17 ans, salle 1, n° 14. Chancre syphilitique du limbe datant de huit jours. Excision le 5 octobre; 4 serres fines. Sorti guéri le 6 octobre. Cicatrice linéaire.

Obs. III. — C..., 25 ans, salle 1, n° 10. Chancre syphilitique de 9 m/m. de diamètre à la face inférieure de la verge datant de cinq jours, au dire du malade. Excision large; 6 serres fines enlevées le lendemain matin. Réunion parfaite. Le malade est revu trois jours après. Cicatrice inappréciable.

Obs. IV. — P..., 24 ans, salle 1, n° 14. Chancre syphilitique du limbe datant de 14 jours : diamètre de 20 m/m. Quelques crins de Florence enlevés le lendemain. Cicatrice peu apparente. Réunion complète. Le malade, revu un mois après, n'a pas présenté d'induration.

Obs. V.—C... Chancre syphilitique de un mois : diamètre 1 cjm. Entré le 31 janvier. Excision large; 6 serres fines le 31 janvier au soir. Serres fines enlevées le 1er février. Le malade peut être considéré comme guéri de son chancre.

Obs. VI. — J... Chancre syphilitique du limbe datant de huit jours. Excision le 11 novembre. Bonne réunion. Quitte l'hôpital deux jours après. Malade revu à différentes reprises : aucune difformité ou induration de la cicatrice.

Obs. VII. — De M... Chancre du raphé du fourreau datant de trois jours; 3 serres fines. Guérison parfaite le lendemain, sans que le malade ait cessé ses occupations. Ce malade a été revu souvent.

Obs. VIII. — M... a vu une femme syphilitique. Un mois après environ, il remarque une légère induration avec érosion au niveau d'une cicatrice ancienne de phimosis. Excision; deux serres fines enlevées le lendemain. Réunion complète; aucun accident local ultérieur. Le malade est revu à différentes reprises.

Il est encore une variété d'intervention chirurgicale appelée, croyons-nous, à rendre des services, et fréquemment employée d'ailleurs; mais elle est réservée aux chancres du limbe du prépuce. Si ceux-ci sont larges, non isolables par leur base, ils déterminent un phimosis accidentel avec balano-posthite; si le sujet a normalement l'orifice préputial étroit, ou est autorisé à pratiquer la circoncision. Mais ce n'est plus là une opération aussi facile que l'excision, bien qu'elle soit en général simple et exempte de dangers; elle exige quelque habitude pour être bien faite et elle est du ressort de la chirurgie proprement dite, car elle peut nécessiter parfois l'anesthésie générale.

Nos conclusions sont faciles à prévoir :

1° Les topiques sont impuissants; on ne les emploiera que sur la demande d'un malade timide;

2° Il existe un traitement chirurgical du chancre syphilitique qui abrége de beaucoup sa durée souvent fort longue. Ces moyens ne doivent être employés que lorsque le diagnostic est certain : 1° Pour ne pas priver le chirurgien d'une lésion qui peut le mettre sur la voie du diagnostic; 2° pour éviter l'ulcération chancreuse développée sur la cicatrice à la suite de l'excision d'un chancre mou;

3° La cautérisation hâte la cicatrisation et guérit l'induration. On l'emploiera chaque fois que l'excision sera contre-indiquée pour un chancre anfractueux, mal limité, adhérant aux couches profondes. C'est le seul moyen de traitement efficace des chancres de la lèvre et de la langue;

3° L'excision sera pratiquée chaque fois que le volume et le siége du chancre le permettront. Elle est bénigne, peu douloureuse : la guérison est rapide (24 heures). On pourra la pratiquer alors que l'adénopathie ou la roséole témoignent de l'infection, car nous ne nous proposons comme but que la guérison de l'accident primitif; c'est une guérison radicale et instantanée : la guérison du chancre devient ainsi plus rapide que son incubation;

4° On ne devra pas négliger le traitement général antisyphilitique, qui sera dans tous les cas un précieux adjuvant.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. Réaction du suc gastrique et alcalescence du sang, par C. Noorden (*Archiv. für experiment. Pathologie und Pharmak.*, t. XXII, fasc. 4 et 5, p. 325, 1887). — II. Obstruction du pylore par des sarcines, par C.-M. Richter (*Virchow's Archiv.*, t. CVII, fasc. 1, p. 198, 1887). — III. Sur le sillon creusé a la surface de l'estomac par le rebord des fausses cotes et sur la cause des ulcères chroniques de l'estomac, par le docteur Ramussen, de Copenhague (*Centralblatt für medicin. Wissenschaften*, 1887, n° 10, p. 162).—IV. Deux cas de dilatation digitale de l'orifice pylorique, par Ch.-M. Burney (*Médic. News*, 16 janvier 1886). — V. Double perforation (traumatique) de l'estomac, sans symptômes appréciables, par le docteur L. Frey (*Wiener medic. Presse*, 1887, n°s 11 et 12).

I. On admet généralement que l'acide chlorhydrique du suc gastrique provient de la décomposition des chlorures du sang; d'après certains physiologistes, cette décomposition des chlorures entraîne une alcalescence plus ou moins grande des urines, pendant les premières heures qui suivent un repas copieux.

Les expériences faites par Noorden, sur des chiens, lui ont fourni la preuve que l'alcalescence du sang n'est pas influencée par la sécrétion de l'acide chlorhydrique qui se fait à la

surface de l'estomac, du moins pendant les trois premières heures qui suivent un repas. Pour ce qui est d'une relation éventuelle de cette même sécrétion et de l'alcalescence des urines, les expériences de l'auteur ne l'infirment pas plus qu'elles ne la confirment.

II. Le sujet de l'observation de Richter, un homme de 64 ans, avait vu sa santé s'altérer à la suite de la perte de sa fortune. Deux ans plus tard (1880), il a été pris d'une gastrorrhagie. En 1881, symptômes très accusés de dyspepsie. Nouvelles gastrorrhagies en 1881 et en 1883. Dans le courant de cette dernière année, le malade contracta la syphilis. Il fut soumis à un traitement mercuriel et ne présenta plus d'accidents syphilitiques dans la suite. Amaigrissement progressif, persistance de la dyspepsie; puis amélioration très prononcée dans les premiers mois de l'année 1884. Au mois de septembre, engourdissement et faiblesse des membres inférieurs, douleur dans les lombes. Retour des accidents dyspeptiques à la suite d'un écart de régime. Le malade se soulageait en se faisant vomir au moyen de la titillation de l'arrière-gorge. Il eut recours à cette pratique, d'abord une fois par semaine, puis deux fois, et finalement tous les jours, moyennant quoi il pouvait dormir. Il y avait aussi des vomissements spontanés. Constipation opiniâtre. Application d'un vésicatoire sur le creux de l'estomac, et nitrate d'argent à l'intérieur. Les vomissements cessent pendant six semaines, pour reparaître ensuite. On constate alors pour la première fois la présence de sarcines dans les matières rendues, qui étaient noirâtres. M. Richter, appelé en consultation, diagnostiqua un rétrécissement du pylore, occasionné soit par une tumeur carcinomateuse, soit par une rétraction cicatricielle consécutive à un ulcère simple. Cette dernière hypothèse fut considérée comme la plus vraisemblable, après une exploration plus attentive. Par le pompage de l'estomac, on évacuait des matières noirâtres comme du café. A cette époque, l'imperméabilité de l'orifice pylorique était complète. On continua le pompage et le lavage de l'estomac. Les matières évacuées étaient constituées par un cinquième environ de sarcines. Des expériences *in vitro* ayant démontré que l'hyposulfite de soude, sous forme de solution à 25 0/0, détruisait la vitalité des sarcines, on employa une pareille solution pour les lavages de l'estomac. A partir de ce moment, l'orifice pylorique redevint perméable et les sarcines disparurent progressivement du résidu du lavage de l'estomac. Alimentation par les peptones. Le malade succomba huit jours plus tard.

A l'autopsie, on trouva l'estomac dans l'état suivant : Pas d'adhérences; épaississement des parois, principalement près du pylore. L'orifice pylorique livre passage au petit doigt, assez difficilement. Dans son voisinage, sur la paroi postérieure, diverticule formé par des rétractions cicatritielles; à ce niveau, la muqueuse présente une teinte rouge, mais aucune trace d'ulcération. Près du pylore s'élève une sorte de remblai de 2 millimètres de hauteur, formée par les bords calleux d'un ulcère cicatrisé, de vieille date. Pas de sarcines dans l'estomac et dans son contenu. D'où l'auteur croit pouvoir conclure que l'imperméabilité totale du pylore, constatée pendant les derniers temps de la vie, jusqu'au jour où on pratiqua le lavage de l'estomac avec la solution d'hyposulfite de soude, était constituée par des amas de sarcines, éventualité qui n'a jamais été signalée dans les annales de la littérature médicale.

III. M. Rasmussen signale comme un fait de constatation fréquente aux autopsies, l'existence sur l'estomac d'un sillon qui résulte de la pression exercée sur cet organe par le rebord des fausses côtes, à gauche. Ce sillon, qui échappe facilement à l'inspection, lorsqu'on n'explore l'estomac qu'après extraction des autres organes abdominaux, s'étend obliquement de haut en bas et de droite à gauche; il part le plus souvent du milieu de la petite courbure ou d'un point situé un peu plus près du pylore, pour se diriger vers la grande courbure, où il se termine par une dépression très accusée. Souvent des adhérences relient cette portion de l'estomac au diaphragme. Quand un sillon semblable existe à la surface des deux lobes du foie, il est continué par le sillon creusé à la surface de l'estomac.

Au niveau de ce dernier, la muqueuse ne présente pas d'altérations, sauf quelquefois un certain degré d'atrophie. Vient-on à inciser l'estomac, la muqueuse se distend, de telle sorte que la dépression ne porte plus que sur la séreuse. Le rétrécissement qui résulte de la présence de ce sillon peut aller jusqu'à 2 centimètres, et l'estomac affecte alors une forme en clepsydre. Concurremment, l'auteur a quelquefois noté l'existence d'un sillon semblable sur le colon descendant, avec épaississement considérable de la séreuse à ce niveau.

L'hôpital auquel est attaché M. Rasmussen est réservé aux vieillards et aux incurables. Aux autopsies, la constatation de cicatrices consécutives à des ulcérations de l'estomac est très fréquente (7 fois sur 100 chez les hommes, 32 à 36 0/0 chez les femmes). Dans la grande majorité des cas, ces cicatrices siégeaient sur la partie moyenne de la petite courbure, ou un peu plus près de l'extrémité pylorique, c'est-à-dire à l'endroit même d'où part le sillon signalé par l'auteur. Maintes fois aussi, une ulcération, ou la cicatrice qui en était résultée, occupait le même siège, n'intéressant que la muqueuse, sans atteindre la séreuse, et n'avait pu dès lors intervenir comme cause de la forme en clepsydre, présentée par l'estomac. A l'idée de l'auteur, c'est au contraire le sillon creusé à la surface de l'estomac par le rebord des fausses côtes qui intervient comme cause (traumatique) dans le développement de l'ulcère; quelquefois c'est une pression exercée sur l'estomac par le foie, qui joue le même rôle. S'il en était ainsi, l'ulcère simple de l'estomac, dont la pathogénie est si controversée, serait le plus souvent le fait d'une nécrose par compression. Mais les observations de M. Rasmussen prouvent-elles bien ce que l'auteur veut leur faire prouver ?

IV. M. Burney a eu recours à la dilatation digitale de l'orifice pylorique, proposé et employé pour la première fois par Loretta, dans deux cas de rétrécissement de cet orifice. Une première fois, chez une femme de 39 ans; le rétrécissement (cicatriciel) était tellement ferme que, pour en opérer la distension, il fallut avoir recours à un dilatateur du rectum. Il se fit une déchirure de la muqueuse et de la sous-muqueuse, sur la paroi postérieure de la région pylorique. La solution de continuité ne donna pas de sang jusqu'à la fin de l'opération. Mais, peu de temps après, une hémorrhagie profuse enleva la malade, dix heures après l'opération.

La seconde observation concerne une Irlandaise âgée de 52 ans; le rétrécissement de l'orifice pylorique était occasionné par un ulcère en voie de cicatrisation, implanté sur la face postérieure. Les tentatives faites pour dilater l'orifice à l'aide des doigts introduits à travers une incision pratiquée dans la

paroi abdominale et dans celle de l'estomac échonèrent. La malade se remit de l'opération. Maie elle euccomba le second jour, après avoir présenté de l'anurie, et l'auteur met le dénouement fatal sur le compte d'une affection rénale de vieille date, constatée à l'antopsie.

V. Un domestique, âgé de 21 ans, en proie à la mélancolie, s'était, dans nn but de suicide, tiré un coup de revolver dans la poitrine. Il tomba sans connaissance, et après un premier pansement antiseptique appliqué par un médecin appelé sur les lieux, il fnt transporté à l'hôpital. Là, on constata l'existence d'une plaie pénétrante par coup de fen, dont l'orifice d'entrée mesurait 1 centimètre environ de diamètre, et se trouvait située un peu en dedans de la ligne mamillaire à droite, près dn mâmelon. Il e'en échappait un pen de sang spumeux. A l'exploration des organes thoraciques, on découvrit une zone de matité relative, à gauche et en avant, ayant pour limite supérieure la deuxième côte, et se confondant en bas avec la matité normale; à ce niveau, on percevait dane la profondeur quelque chose comme un souffle bronchique. En arrière, toujours à gauche, dans le dixième espace intercostal et dans le voisinage immédiat de la colonne vertébrale, se voyait une saillie sons-cutanée, dn volume d'une noisette, entourée d'une zone de rougeur, et qu'à la palpation on reconnaissait pour un corpe étranger très arrondi, qui ne pouvait être que le projectile. Au-dessous de l'épine de l'omoplate, de ce même côté, existait une zone de matité au niveau de laquelle on ne percevait plus le murmure vésiculaire. Lee bruits du cœur étaient nets au niveau des quatre orificee. Cyanose de la face et des muqueueee acceseibles à la vue. A part cela, rien d'anormal. P. 65. T. 37°,6. Insuflation d'iodoforme en poudre dans la plaie qui fut recouverte de gaze iodoformée et d'une feuille de gutta-percha fixée sur les borde.

Apyrexie (36o,8—37o,8) pendant les trois jours qui euivent. Douleur dans le côté gauche. Dyspnée, agitation nocturne. Le quatrième jour se déclare un érysipèle de la face, qui envahit le cuir chevelu. A ce moment, la température corporelle du bleesé s'élève à 39o,4 et 40o,2. Un peu de délire la nuit. La plaie, protégée par le bandage occlusif, conserve bon aspect.

En même temps qne disparaît l'érysipèle, la fièvre tombe. Le quinzième jour aprés la tentative de suicide, à la visite du matin, on enlève le pansement, dont les pièces étaient imprégnées d'une sécrétion fétide. Il s'échappe de la plaie un liquide de même caractère. On constate, en outre, qu'à l'endroit où précédemment le projectile avait fait saillie sous la peau, il s'était formée une eschare occupant une eurface égale environ à celle d'une pièce de cinquante centimes, et qui laissait sourdre une sanie fétide. Une intervention plus active est décidée. On dilate la plaie primitive et on pratique une contre-ouverture à l'endroit où faisait saillie le projectile, qui fut ainsi extrait. Un drain fut introduit dans l'orifice d'entrée du trajet et un autre dans l'orifice de sortie, et on injecta dans la cavité thoracique une solution de permanganate de potasse, liquide dépourvu de toxicité. Le liqnide injecté avec un irrigateur par l'orifice de sortie du trajet, reflna par la bouche du blessé, sans que celui-ci eût fait le moindre effort de vomissement. Il y avait donc lieu d'admettre l'existence d'une perforation de l'œsophage. On résolut de continuer quotidiennement les lavages de la cavité thoracique, aprés introdnction d'une sonde œsophagienne dans l'estomac par les fosses nasales, à travers laquelle on ferait passer les aliments. Cinq jours après, le blessé succomba aux progrès du collapeus. Dans l'intervalle, il ne e'était produit ancun accident digne d'être noté.

L'autopsie montra qne le trajet creusé par le projectile traversait, de part en part, de haut en bas et d'avant en arrière, le foie, le diaphragme et les deux paroie, antérieure et postérieure, de l'estomac. Tout antour des deux plaiee pénétrantes de cet organe, il e'était dejà établi des adhérences et des épaiseissements dn péritoine. La muqneuse de l'eetomac ainsi qne le péritoine avaient nne teinte pâle. Rien d'insolite dans les autres organes.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

I. Médecine et mœurs de l'ancienne Rome d'après les poètes latins, par Edmond Dupouy. In-18, Paris, 1885, J.-B. Baillière. — II. L'Europe en train rapide, par J.-P. Bonnafont. In-18, Paris, 1886, E. Dentu. — III. Sir William Fergusson, bart. A Biographical Sketch, par Henry Smith. In-18, Londres, 1877, J. et A. Cburcbill.

I. Si je n'ai pae placé le livre de M. le docteur Dupouy dans la série de mes comptes rendus que j'ai appelés *Documents pour servir à l'histoire de la médecine*, c'est que la place manque, et que cet ouvrage que j'ai reçu tardivement date de deux ans. L'auteur s'est donné la peine, disons mieux, le plaisir de lire, en prenant des notes, lee poètes latins les plus connus, « épiques, lyriques, élégiaques, didactiques, satiriques, tragiques et comiques », et d'en extraire à peu prés tout ce qui concerne la médecine. Il a écrit son livre avec humour, sans la moindre pensée mélancolique, et l'a composé d'une manière fort exacte. Ses traductions personnelles, quand il y a lieu, me paraiseent irréprochables. Il n'a pas la prétention d'être le premier, mais il est souvent plus original que ses devanciers. Ceux de nos lecteurs qui voudront avoir quelques renseignements sur l'origine de la médecine à Rome, sane s'astreindre à parcourir complètement Ovide, Horace, Catulle, Tibulle, Properce, Virgile, Lucain, Lucrèce, Lucilius, Perse, Juvénal, Martial, Sénèque le tragique, Plaute et Publius Syrus, peuvent se fier à M. Dupouy. Si notre confrère a dû s'arrêter souvent sur les passages libres des auteurs, en raison des mœurs débauchées de l'empire romain, il n'a point négligé non plus ce qui concerne l'hygiène et la thérapeutique des premiers Romains. Somme toute, ouvrage utile à consulter, comme indications de sourcee, beaucoup de faits et d'appréciations.

II. Le nouvel ouvrage de notre confrère le docteur Bonnafont, écrit sans prétention, eur des notes prises au jour le jour pendant ses voyages même, n'est pas un livre médical, mais l'on y trouve çà et là des renseignements intéressants sur l'hygiène d'une ville, un hôpital, etc. Notre excellent confrère et ami prétend qu'il est octogénaire et qu'il devient maniaque, parce qu'il écrit sans cesse. Cela n'est pas croyable. Son dernier volume est frais et dispos, la note en est gaie, la forme attrayante. De vieillesse, point mon cher confrère, et de manie, pas. Ecrire ainsi pour se reposer de longs labeurs professionnels, ce n'est point une manie, « et si c'est un métier, cela vaut hien celui d'avocat ou portier », a dit quelque

part Alfred de Musset. Mais c'est un passe-temps agréable. J'attends votre deuxième volume avec impatience.

III. Tous les médecins de mon temps qui ont voyagé quelque peu en Angleterre ont connu l'excellent Fergusson. Brillant opérateur, homme aimable, il accueillait avec cette courtoisie qui ne court plus les rues à notre époque affairée les médecins, élèves ou maîtres, que les hasards de la vie appelaient à Londres. M. le docteur Smith a tracé de son ami un portrait bien fidèle et fort attachant. C'est un éloge académique que j'ai lu avec grand plaisir, ce n'est pas un éloge banal.

Dr A. DUREAU.

REVUE DES THÈSES

DE L'IRIDECTOMIE DANS LES IRITIS A RECHUTES, par M. EDMOND SAINT-MARTIN. — Thèse de Paris, 1886. (Chez Davy.)

Depuis 1857, époque à laquelle de Græfe posa nettement les indications de l'iridectomie dans les iritis chroniques, tout le monde est d'accord pour reconnaître la valeur thérapeutique de cette opération. A une certaine période même, l'engouement était tel que l'on oubliait les autres moyens adjuvants : les antiphlogistiques, les mydriatiques, en un mot le traitement médical. C'est alors que M. Denis, chef de clinique de M. Abadie, fit en 1873 une thèse sous l'inspiration de son maître et essaya de ramener les esprits vers le traitement médical, un peu trop délaissé. M. Saint-Martin, tout en reconnaissant l'utilité de ce traitement, surtout au début de l'affection, conclut, après l'examen d'un certain nombre d'observations qu'il a recueillies à l'hôpital des Quinze-Vingts, qu'il ne faut pas trop s'y attarder, et que si l'on n'a pas pu prévenir les adhérences, il faut toujours pratiquer l'iridectomie. On attendra, pour faire l'opération, que les accidents aigus aient disparu, à moins pourtant que la communication entre la chambre antérieure et la chambre postérieure ne soit complètement interceptée, auquel cas l'imminence d'accidents glaucomateux forcera le chirurgien à intervenir immédiatement.

ÉTUDE CRITIQUE SUR LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES DU PTOSIS PARALYTIQUE, par M. PANAGIOTIS TERPANOROS. — Thèse de Paris, 1886. (Chez Henri Jouve.)

Quelques considérations anatomiques et physiologiques nous montrent d'abord comment fonctionne normalement la paupière supérieure ; puis l'auteur expose d'une façon très succinte, mais très nette, les différentes variétés de ptosis paralytique. Les plus intéressantes sont ces formes dissociées décrites par M. Landouzy, dues à des lésions corticales ou nucléaires, formes qui peuvent même être congénitales. Il arrive alors à l'exposé du traitement chirurgical, et il passe successivement en revue tous les procédés qui ont été imaginés contre le ptosis. Ces procédés, très nombreux d'ailleurs, nous ne voulons pas les rapporter tous ici; ils ont pour but : les uns, de raccourcir les paupières; les autres, d'affaiblir l'orbiculaire; d'autres enfin de suppléer à l'élévateur par l'occipito-frontal. Ceux de la dernière catégorie sont ceux que l'auteur préfère, et, dans les cas de paralysie totale ou d'absence congénitale du releveur, il préconise surtout le nouveau procédé de M. Panas, dont il donne une description détaillée et qui offre sur les autres des avantages *marqués*.

ÉTUDES SUR LE PTOSIS CONGÉNITAL, par M. FÉLIX MITRY. — Thèse de Paris, 1885. (Chez Ollier-Henry).

Il y a dans cette thèse un premier chapitre très original dans lequel l'auteur étudie l'influence que peut exercer le ptosis congénital sur le caractère, le moral et sur l'avenir des individus qui en sont atteints. Vient ensuite une énumération des principales variétés de ptosis, une étude des causes du ptosis congénital et quelques indications sur le choix d'une méthode opératoire.

DU TRAITEMENT ANTISEPTIQUE DE L'ULCÈRE A HYPOPION, par M. THOUMAS. — Thèse de Paris, 1886. (Chez Davy.)

Voulant borner son étude au traitement des ulcères à hypopion, M. Thomas expose très rapidement les conditions étiologiques de ces ulcères, qu'il considère comme étant toujours de nature infectieuse. Toutes les conditions qui affaibliront la vitalité de la cornée créeront un milieu de culture favorable pour les micro-organismes et pourront être la cause d'ulcères à hypopion.

Nous n'insisterons pas sur cette étiologie ; cette base fondamentale une fois établie, le traitement à suivre est tout indiqué. Combattre l'ulcération par le fer rouge, et l'hypopion par l'évacuation du pus suivie d'une injection antiseptique dans la chambre antérieure, telles sont les indications à remplir. Ce traitement a donné d'excellents résultats dans le service de M. Panas, où, sur onze opérations, le pus ne s'est reformé que trois fois.

L'auteur donne en détail le manuel opératoire, avec les modifications qu'il faudra apporter suivant les différents cas. Il démontre une fois de plus les bienfaits de l'antisepsie en chirurgie oculaire.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES OPÉRATIONS DE STRABISME, par M. KALT. — Thèse de Paris, 1886. (Chez A. Parent.)

Aujourd'hui, l'opération du strabisme est devenue une opération courante. M. Kalt ne veut pas décrire les différentes méthodes opératoires, c'est chose faite; ce qu'il veut, c'est étudier les diverses opérations au point de vue anatomo-physiologique ; examiner les phénomènes qui se passent dans le foyer opératoire à partir du moment de l'opération jusqu'à la consolidation complète des parties nouvellement mises en rapport les unes avec les autres. Ces études, bien entendu, n'ont pu être faites que sur des animaux ; M. Kalt a pour cela sacrifié bon nombre de chiens, et il en est arrivé aux conclusions suivantes :

Dans le recollement, il ne faut pas tenir compte des adhérences entre le tendon détaché et la sclérotique : il y a entre les deux extrémités du tendon une néoformation comparable au cal osseux des fractures, et qui vient s'interposer dans la solution de continuité créée par la ténotomie. Cette réunion se fait par l'intermédiaire de la capsule ; il en est de même dans l'avancement musculaire; aussi faut-il toujours avoir soin de chasser avec les aiguilles la capsule le plus loin possible en arrière.

Pour ce qui est de l'avancement capsulaire, il peut être constaté anatomiquement ; on trouve une bande fibreuse unissant le corps du muscle au pourtour de la cornée, bande fibreuse qui est plus petite que le tendon.

Ce tendon peut être plissé, mais faiblement.

Telles sont en quelques mots les principales conclusions que

M. Kalt a tirées de ses expériences. Dans un dernier chapitre, il étudie les modifications apportées par les opérations de strabisme, du côté de l'acuité visuelle de la réfraction et de la tension intra-oculaire.

En somme, excellente thèse dont nous regrettons de ne pouvoir donner qu'un court aperçu, mais qui mérite d'être lue en entier.

Toupet.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

La médication analeptique. — La médication analeptique tient, dans la médecine moderne, une place considérable, toute la place (on peut le dire) qu'elle a prise aux produits de l'ancienne thérapeutique.

Quoi de plus étendu et de plus essentiel que le rôle d'un reconstituant énergique du sang et de la nutrition tout entière? Ce sera, à coup sûr, la caractéristique de notre époque, d'avoir essayé de remettre en sa vraie place l'hygiène thérapeutique et appliqué, à la prévention comme à la cure des grands psocessus morbides, le régime alimentaire sagement, scientifiquement conçu et ordonné.

Un chercheur auquel nous devons déjà les ingénieux perfectionnements apportés à la poudre de viande, ce produit reconstituant et hématogène par excellence, vient de doter la médication analeptique d'une découverte plus intéressante encore.

Il s'agit d'une préparation, sous forme de tablette, effectuée avec des muscles de bœuf de première qualité, condensés et réduits en poudre par un procédé nouveau; c'est un produit absolument inaltérable et (qualité précieuse) son goût est des plus flatteurs pour le palais. Cette tablette est le type du nutriment parfait et savoureux, d'une odeur agréable, due à l'osmazôme; et, pour tout dire, d'une apparence appétissante, facile à ingérer pour les estomacs les plus difficiles.

C'est le « peptogène », si volontiers cherché par Corvisart, en vain rêvé par tous ceux qui croient à la toute-puissance prophylactique et curative de la diététique. C'est l'*eupeptique agréable*, supprimant tout excipient sucré ou liquoreux et capable de fournir, par un délayage immédiat, un potage aussi agréable que le consommé le plus réussi : car il est à remarquer que l'odeur, la saveur et l'arôme de ce potage sont analogues à ceux du bon bouillon.

Sa richesse en principes azotés et phosphatés est très considérable; son assimilation est rendue certaine, par une peptonisation aussi rapide que complète. Enfin, son dosage est constant et rigoureusement établi à 20 grammes de poudre de bœuf par par tablette, soit deux cuillerées à bouche de poudre de viande ou 80 grammes de muscles frais de bœuf. Telles sont les quantités exactes qui caractérisent la tablette de bœuf condensée due aux recherches patientes de M. Rousseau.

C'est là certainement un progrès réel et effectif dans le domaine de la pratique; un avantage incontestable pour l'alimentation des malades et des convalescents. Il est superflu, je crois, d'énumérer toutes les circonstances où se dresse l'indication de reconstituer le sujet.

Dans tous les cas l'indication primordiale est toujours d'exercer une influence sur l'activité digestive, dont l'activité nutritive n'est que le dérivé. La tablette Rousseau doit précisément à sa constitution particulière, aux soins précis qui entourent sa fabrication industrielle, une action certaine, comme reconstituant effectif.

Les principes extractifs de la viande, ingérés facilement et avec plaisir, rétablissent peu à peu les fonctions digestives, et cela, sans les répugnances d'une alimentation forcée. L'appétit se réveille impérieux, sous l'influence de la puissante *excitation peptogène* suscitée dans l'estomac torpide. On voit des chlorotiques, des cachectiques, tolérer bientôt admirablement d'autres aliments. Un bien-être général se manifeste alors dans l'organisme. J'ai vu, sous l'influence de la tablette Rousseau, prise à la dose de trois potages par jour, disparaître les vomissements et la diarrhée chez deux phthisiques avancés : comme conséquence forcée, la dénutrition tuberculeuse s'enraya, les forces et le poids subirent un rapide accroissement, les sueurs se supprimèrent et les crachats diminuèrent d'une façon notable.

Si de pareils résultats sont constatés chez des cachectiques, on conçoit les bénéfices que les dyspeptiques simples, les névropathes et les anémiques peuvent tirer de cette méthode analeptique directe et si puissante. En remontant le taux général de l'organisme délabré, la tablette Rousseau ferme les portes de l'économie aux développements parasitaires des maladies.

C'est le meilleur agent préventif contre la prédisposition morbide, l'incubation des maladies infectieuses et épidémiques. C'est enfin et surtout le nutriment médicamenteux agréable par excellence. — (Gazette des hôpitaux).

BULLETIN

Académie de médecine : Le somnambulisme au point de vue médico-légal. — L'inspectorat des eaux minérales.

L'hypnotisme, si mal accueilli autrefois par l'Académie de médecine, vient d'y rentrer presque triomphant par l'organe et sous le patronage de M. Mesnet. Il ne pouvait tarder d'en être ainsi. Depuis quelques années, en effet, les expériences, les recherches, les mémoires, les conférences publiques, les leçons magistrales, se sont accumulés sur les questions multiples et complexes de physiologie et de psychologie que cet état particulier du système nerveux soulève et, si les Académies ont surtout pour hut et pour effet de modérer le mouvement scientifique, elles n'en doivent pas moins le suivre.

Dans son exposé historique des nombreux travaux qui viennent d'être signalés, M. Mesnet nous semble en avoir omis un des plus importants, et qui contient en germe, sinon en fait, la plupart des résultats acquis dans ces dernières années : nous voulons parler du *Cours théorique et pratique de Braidisme*, publié en 1860, sous le nom de docteur J.-P. Philips, par notre ancien collaborateur, M. Durand de Gros. Nous nous proposions de revenir sur cet intéressant ouvrage dans une prochaine revue; mais M. Durand de Gros, désireux d'exhumer ses premières recherches de l'oubli où elles paraissent ensevelies, doit remonter sur la brèche et entreprendre de nouvelles conférences. Nous rendrons compte de celles-ci à nos lecteurs (1).

Le fait rapporté par M. Mesnet (2) s'éloigne peu de faits semblables parfaitement connus, mais il n'en présente pas moins un grand intérêt par la fine analyse qu'en a présentée notre savant confrère. Il soulève une grave question de médecine légale dont l'étude, à peine commencée, réclame de nouvelles investigations.

— M. Rochard a inauguré la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales en venant défendre les conclusions du rapport qu'il a adressé au Ministre du commerce au nom et

(1) La première conférence de notre confrère doit avoir lieu lundi prochain, à 8 h. 1/2 du soir, à la Société d'encouragement, place Saint-Germain-des-Prés.

(2) V. le dernier numéro du Journal des Sociétés scientifiques.

comme rapporteur de la Commission extra-parlementaire instituée en 1883 pour étudier la révision de la législation sur les eaux minérales. D'après ces conclusions, l'inspectorat local, adopté par la Commission de l'Académie, serait supprimé et remplacé par l'inspectorat régional. Devant nous-même intervenir dans le débat, nous ne saurions aujourd'hui discuter les avantages et les inconvénients respectifs de l'un et l'autre système. C'est ce que nous entreprendrons de faire mardi prochain et nous serons conduit, par cette étude comparative et critique, à proposer une autre solution que celle de nos honorables confrères, MM. Vidal et Rochard.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LE BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ET NATURALISTES DE JASSY. — Nous avons reçu le premier numéro de ce Bulletin, et nous lui souhaitons la bienvenue. Les Sociétés scientifiques de Jassy se sont groupées autour de la plus ancienne et de la plus florissante, la Société des médecins et naturalistes, pour fonder un organe qui portât à la connaissance du monde savant les recherches, observations et travaux originaux de leurs divers membres. Elles ont compris qu'une telle publicité est l'un des plus puissants stimulants pour les travailleurs qui se trouvent ainsi, par l'échange des publications, en rapport plus immédiat avec les hommes de science des autres pays. Le Bulletin de la Société des médecins et naturalistes de Jassy se publie parallèlement en roumain et en langue française « comme universellement connue », ajoute l'introduction du premier numéro. Ce choix de la langue française traduit une sympathie qui est réciproque. Aussi souhaitons-nous au nouveau recueil scientifique un rapide et brillant essor.

— ÉPIDÉMIES. — Le choléra semble en décroissance à Catane. Il continue de faire des victimes à Santiago et à Valparaiso.

Une épidémie de fièvre typhoïde sévit à Cherbourg parmi les troupes d'infanterie de marine. Ces différentes épidémies, observées dans nos ports de marine militaire, Cherbourg, Brest, Lorient, paraissent tenir à la souillure des eaux potables dont les conduites, d'une construction défectueuse, traversent des terrains fumés par de l'engrais humain.

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les abonnés qui n'ont pas encore réglé leur abonnement sont informés que la quittance leur sera présentée dans la seconde quinzaine de Mars.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont promus : 1° de la deuxième à la première classe : MM. les professeurs Comhal et Moitessier, de Montpellier. — 2° De la troisième à la deuxième classe : MM. les professeurs Beaunis, Feltz et Hecht, de Nancy ; Castan, de Montpellier. — 3° De la quatrième à la troisième classe : MM. les professeurs Tédenat, Lannegrâce et Chalot, de Montpellier ; Charpentier, Heydenreich et Weiss, de Nancy.

— Le mardi 15 mars 1887 a eu lieu le dépouillement du scrutin pour l'élection, au Conseil supérieur de l'instruction publique, d'un représentant des Facultés de médecine ; ce dépouillement a donné le résultat suivant : MM. Brouardel, 157 voix ; Wannehroucq, 2 ; bulletins blancs, 2.

Le nombre des suffrages exprimés étant de 159, la majorité absolue est de 80. En conséquence, la Commission, déclarant que M. Brouardel a obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, l'a déclaré élu membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 18 avril 1887, à midi et demi. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du 7 mars au 2 avril 1887 inclusivement.

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 9 mai 1886, à midi et demi. Tous les élèves sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription restera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du 21 mars au 30 avril 1887 inclusivement.

— M. le professeur Jaccoud est nommé assesseur du doyen.

— M. le docteur Brault est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Gomhault, démissionnaire.

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours public pour la nomination à trois places de médecin dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert, le vendredi 15 avril 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La session aura lieu cette année beaucoup plus tard que les années précédentes. Elle vient d'être définitivement fixée au jeudi 22 septembre. Elle durera jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

—Par décision ministérielle, en date du 12 mars 1887, ont été désignés pour les hôpitaux militaires thermaux, dont les noms suivent :

Vichy.—MM. Ducelliez, médecin principal de deuxième classe ; Alphant et Eichinger, médecins-majors de première classe ; Bouchereau et Rémy, médecins aides-majors de première classe ; Boué, pharmacien-major de première classe ; Choisel, pharmacien-major de deuxième classe.

Bourbonne-les-Bains. — MM. Mutin, médecin principal de deuxième classe ; Péchaux et Forgues, médecins-majors de première classe ; Marignac et Marlier, médecins aides-majors de deuxième classe ; Karcher, pharmacien-major de deuxième classe.

Bourbon-l'Archambault. — MM. Ribard, médecin-major de première classe ; Lasalle, médecin aide-major de première classe.

Barèges. — MM. Schaumont, médecin principal de deuxième classe ; Thomas et Huchart, médecins-majors de première classe ; Pelletier et Girardeau, médecins aides-majors de première classe ; Fischer, pharmacien-major de deuxième classe.

LA SALLE D'HONNEUR DE L'HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. — Une liste des glorieuses victimes du devoir militaire vient d'être dressée dans la salle d'honneur de cet hôpital. Elle comprend cent vingt-quatre noms, parmi lesquels nous relevons ceux de onze médecins tués par le feu de l'ennemi. Les autres succombèrent en Algérie, en Crimée, au Mexique ou au Tonkin, au choléra, au typhus, à la fièvre jaune ou à la dysenterie ; morts sans lauriers pour des soldats ; morts honorables cependant qui tristement témoignent une fois de plus du dévouement et de l'abnégation de nos confrères. Comme l'armée, la profession médicale s'en enorgueillit à bon droit. (REVUE GÉNÉRALE DE CRITIQUE.)

— M. le docteur Albert Robin, professeur agrégé, commencera ses conférences d'anatomie pathologique le vendredi 25 mars 1887, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les lundis, mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Le cours aura pour objet : *L'anatomie pathologique générale ; les lésions de nutrition des éléments anatomiques et du milieu intérieur.*

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en 40 leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres, et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 28 mars.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 20, rue de la Michodière, ou au concierge du cours.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 6 au samedi 12 mars 1887

Fièvre typhoïde 37.—Variole 10.—Rougeole 48.— Scarlatine 2. — Coqueluche 17.— Dipthérie, croup, 40 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 237.— Autres tuberculoses 38. — Tumeurs : Cancéreuses 40. — Autres 7. — Méningite 39. — Congestion et hémorr. cérébr. 58. — Paralysie 9. — Ramollissement cérébral 10.— Maladies organiques du cœur 81.—Bronchite aiguë 34. — Bronchite chronique 44. — Broncho-pneumonie 35. — Pneumonie 75. — Gastro-entérite : Sein 20. — Biberon 31. — Autres 6. — Fièvre et périt. puerpérales 2.— Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 25. — Sénilité 36. — Suicides 22. — Autres morts violentes 4. — Autres causes de mort 206. — Causes inconnues 17. — Total de la semaine : 1.231 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Impressions de campagne (1870-1871), par H. Beaunis, ancien médecin en chef de l'ambulance de la 1re division du 18e corps, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. — (Siège de Strasbourg, campagne de la Loire, campagne de l'Est). — Paris, Félix Alcan, 1887

Du traitement du diabète, par M. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Le traitement de l'eczéma par les eaux minérales de Saint-Gervais (Haute-Savoie), par M. le docteur L. Deligny, médecin inspecteur de ces eaux. — Paris, 1887.

L'eau et les bactéries, spécialement les bactéries typhogènes, par M. le docteur J. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille.— Paris, G. Masson, 1887.

Les aliénés voyageurs, essai médico-physiologique, par le docteur Philippe Tissié, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Paris, Octave Doin, 1887.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

HYDROLOGIE

L'inspectorat des eaux minérales, par M. F. de Ranse, membre correspondant de l'Académie de médecine (1).

Messieurs,

Près de quinze années d'exercice dans une station thermale m'ont permis de suivre, dans ses divers détails, la question de l'inspectorat et me paraissent justifier mon intervention dans le débat actuel. On me dira peut-être qu'il m'est plus difficile qu'à la plupart d'entre vous d'apporter ici un désintéressement complet et une parfaite indépendance d'esprit. A cela je répondrai que, lorsqu'on défend une opinion plus en opposition qu'en conformité avec ses propres intérêts, on ne saurait encourir le reproche justement adressé à M. Josse, ni être accusé de partialité. Veuillez excuser, Messieurs, cet exorde un peu personnel; mais j'avais besoin, dès le début, de bien préciser ma situation. Cela dit, j'entre en matière.

Et d'abord il est un point sur lequel tout le monde semble être d'accord; je veux parler de la surveillance par l'Etat des établissements thermaux. Les eaux minérales, en effet, constituent une partie importante de la fortune nationale; leur usage intéresse au plus haut degré la santé publique; on ne saurait donc les abandonner à la libre exploitation de l'industrie privée, naturellement plus soucieuse de ses bénéfices que des questions d'hygiène. Cette ingérence de l'Etat n'a rien, comme on l'a dit, d'exceptionnel et par suite de vexatoire pour les propriétaires, concessionnaires ou fermiers d'eaux minérales; elle constitue simplement l'exercice d'un droit, ou mieux l'accomplissement d'un devoir.

Le même accord paraît exister sur un second point : c'est que cette surveillance des établissemeets thermaux, reconnue absolument nécessaire, doit être confiée à des médecins. On a parlé d'ingénieurs, de chimistes, d'architectes; sans doute chacun d'eux, dans sa spécialité, possède une compétence technique à laquelle on doit avoir fréquemment recours; mais le médecin seul peut répondre à tous les besoins des malades, à toutes les questions d'ordre scientifique et pratique que soulève l'administration des eaux. Un simple fonctionnaire, une sorte de commissaire de surveillance, comme la proposition en a été faite, outre son incompétence sur les divers points qui précèdent, manquerait le plus souvent de l'autorité et de l'indépendance nécessaires pour contrôler les actes des propriétaires ou fermiers, engager au besoin une lutte avec eux et la soutenir.

La surveillance des eaux doit donc être médicale; mais comment s'exercera-t-elle? C'est ici que les divergences commencent. Ainsi que l'a rappelé l'honorable rapporteur de la Commission, trois systèmes principaux sont en présence :

1º L'inspection locale et individuelle (inspectorat actuel);

2º L'inspection générale ou régionale;

3º L'inspection locale et collective.

Votre commission a adopté le premier système; vous avez entendu M. Rochard défendre le second au nom de la commission extra-parlementaire dont il a été le rapporteur; permettez-moi, à mon tour, de vous exposer les avantages du troisième.

Et tout d'abord j'ai à faire connaître comment je comprends l'organisation et le fonctionnement de cette inspection collective.

Personne n'ignore, Messieurs, les efforts tentés depuis bien longtemps pour réunir sous une même direction autonome tous les services afférents à la santé publique. La Chambre des députés est actuellement saisie, à ce sujet, de deux projets de loi émanés, l'un du Gouvernement, l'autre de l'initiative parlementaire (1). Ces deux projets ont entre eux de nombreux points communs; on peut dire qu'ils contiennent les mêmes dispositions principales, et cet accord entre un groupe important de la Chambre et le Gouvernement fait naître et justifie l'espoir d'une prochaine et heureuse solution de la question.

Il n'est pas inutile de rappeler ici en quelques mots les lignes fondamentales du double projet.

Il est institué une *Direction de la santé publique*, centralisant tous les services d'hygiène.

L'étude de toutes les questions intéressant l'hygiène et la salubrité publiques est confiée à des conseils ou commissions d'hygiène qui sont, en suivant l'ordre hiérarchique : un Conseil supérieur (actuellement le Comité consultatif d'hygiène

(1) Discours prononcé à l'Académie de médecine, dans la séance du 22 mars, à propos de la discussion actuellement pendante devant la savante Compagnie.

(1) Le premier de ces projets, par ordre chronologique, a été déposé le 22 juin 1886, sur le bureau de la Chambre des députés, par MM. Siegfried et Chamberland, en leur nom et au nom d'une cinquantaine de leurs collègues appartenant à tous les groupes de Chambre; le second a été présenté dans la séance du 13 janvier dernier, au nom du Gouvernement, par M. Edouard Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie.

publique de France) auprès du pouvoir central ; un conseil départemental dans chaque chef-lieu de département ; une commission d'hygiène dans chaque chef-lieu de circonscriptions, dont le nombre et l'étendue seront fixés par un règlement d'administration publique.

Pour exécuter les mesures proposées par les conseils ou commissions d'hygiène et adoptées par l'autorité compétente, il est créé des agents de la santé publique qui sont, en suivant toujours l'ordre hiérarchique : un ou plusieurs inspecteurs généraux auprès de la direction ; un inspecteur départemental auprès de chaque préfet ; un sous-inspecteur au chef-lieu de chaque circonscription ayant une commission d'hygiène.

Or, Messieurs, parmi les attributions conférées, dans leur sphère d'action respective, soit aux conseils ou aux commissions d'hygiène, soit aux inspecteurs ou agents de la santé publique, figure, je copie littéralement le texte qui est le même dans les deux projets :

« L'amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'Etat, aux départements, aux communes et aux particuliers, et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres. »

Certes la rédaction de cet article peut soulever quelques observations critiques ; mais ce n'est pas ici le lieu de les présenter ; ce que je tiens simplement à faire ressortir, c'est que la surveillance des établissements thermaux fait ou fera, par la simple adjonction d'un mot, partie intégrante de l'organisation générale en projet (1), et qu'il est impossible, dans l'étude de la question qui vous est soumise, de ne pas tenir compte de cette circonstance. Au lieu donc de songer, pour chaque service d'hygiène publique, à une organisation spéciale, distincte, isolée, il est à la fois plus simple, plus logique et plus pratique de chercher à approprier à chacun de ces services quelques uns des rouages dont pourra disposer la future direction : c'est ce que je vais essayer de faire pour le cas qui nous occupe.

On vient de voir que, suivant les deux projets, des commissions d'hygiène seront instituées aux chefs-lieux de circonscriptions dont le nombre et l'étendue seront à déterminer dans chaque département : je proposerai que toute station thermale d'une importance suffisante par le nombre des médecins qui y exercent, devienne le chef-lieu d'une circonscription spéciale et, à ce titre, possède une commission d'hygiène. Cette commission, par la force même des choses, sera avant tout une commission médicale. La plupart des stations thermales sont des villages qui ne possèdent pas les autres éléments constitutifs des commissions d'hygiène instituées par les deux projets, ingénieurs, architectes, chimistes, pharmaciens, vétérinaires. Il me paraît sage aussi d'en exclure les maires, dont beaucoup, maîtres d'hôtels ou de maisons meublées, ont des intérêts personnels trop fortement engagés pour être appelés à résoudre certaines questions d'hygiène publique. Les commissions des stations thermales, répondant à un but spécial, peuvent, en définitive, avoir une composition un peu différente de celles des autres commissions régionales, sans que leur assimilation à ces dernières, au point de vue administratif, en soit atteinte.

Cela posé, il serait institué dans toute station thermale possédant un nombre suffisant de docteurs en médecine, une commission médicale composée, suivant ce même nombre de médecins, de 3, 5 ou 7 membres, élus par leurs confrères.

Seraient éligibles tous les docteurs en médecine exerçant dans la station depuis au moins cinq années.

Seraient électeurs tous les docteurs en médecine exerçant dans la même station depuis deux ans.

La Commission serait renouvelée tous les trois ans. Les membres sortants seraient rééligibles.

La Commission nommerait un président, qui la représenterait dans tous ses rapports avec l'administration, le public, les propriétaires ou fermiers des eaux, et un secrétaire, chargé de consigner sur un registre les procès-verbaux de toutes ses délibérations.

La Commission médicale joindrait, aux fonctions actuellement exercées par les médecins inspecteurs, la police sanitaire de la station au point de vue de tout ce qui intéresse l'hygiène publique.

Dans les stations de second ordre, où l'institution d'une Commission de trois membres serait impossible, le ministre compétent, sur la présentation du Conseil supérieur d'hygiène publique, désignerait le médecin qui aurait à remplir les fonctions conférées, dans les autres stations, au président de la Commission médicale.

Tel est, à grands traits, le système d'inspection collective que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie. Je ferai remarquer qu'il diffère complètement du système de l'ancienne Commission médicale d'Aix, qui a été l'objet de nombreuses critiques, entre autres de la part de notre excellent vice-président, M. Hérard. Je ne crois pas devoir m'arrêter à réfuter des objections ou des critiques qui ne sauraient le viser, et j'arrive de suite à l'examen comparatif des trois systèmes dont j'ai parlé plus haut.

Pour établir ce parallèle sur une base solide, il importe de bien dégager les divers intérêts que la surveillance des eaux minérales est appelée à sauvegarder ; je les rangerai dans l'ordre suivant :

1o Intérêts des malades, ou d'une manière générale, de la santé publique ;

2o Intérêts scientifiques ;

3o Intérêts professionnels ;

4o Intérêts administratifs ;

5o Intérêts des stations thermales.

Pour terminer, je comparerai les trois systèmes au point de vue de leur organisation ou de leur économie.

1o *Intérêts de la santé publique.*—La surveillance des eaux, au point de vue de leur aménagement, de leur administration, des soins, des égards dûs indistinctement à tous les malades, en un mot de toutes les questions intéressant la thérapeutique et l'hygiène, pour être efficace, doit être continue, incessante. Sous ce rapport, le système de l'inspection régionale est manifestement insuffisant, et la comparaison ne peut porter qu'entre le système de l'inspection individuelle et celui de l'inspection collective. Les attributions étant d'ailleurs les mêmes de part et d'autre, de quel côté seront-elles le mieux remplies ?

De l'avis de tous ceux qui connaissent la pratique des choses dans les stations thermales, et de l'aveu même du

(1) Ayant eu, la semaine dernière, avec mes deux honorables collègues de la Société de médecine de Paris, MM. Dubrisay et Perrin, l'honneur d'être entendu par la commission parlementaire chargée d'examiner tous les projets relatifs à la santé publique, j'ai émis le vœu de voir ajouter le mot *surveillance* au paragraphe concernant les eaux minérales dont je viens de donner lecture, et ce vœu a été pris en considération.

rapporteur de votre Commission, l'inspectorat actuel est frappé d'impuissance. Les propriétaires, les concessionnaires, les fermiers des eaux minérales, prétendent être maitres chez eux et tiennent le compte que bon leur semble des observations ou des avis qui leur sont présentés par le médecin inspecteur; ces observations, ces avis manquent, en effet, complètement de sanction. Lors donc qu'un médecin inspecteur exerce une influence réelle et salutaire dans une station, il le doit, non à son titre officiel, mais à l'autorité personnelle qu'il a su prendre par son talent, ses travaux, la considération générale dont il jouit. Le plus souvent, en raison même de son titre et des fonctions qu'il peut vouloir exercer, il est tenu à distance, sinon en suspicion, par le concessionnaire, et il suffit d'une occasion, d'une étincelle, pour faire surgir un conflit. Afin de vivre en paix, le médecin inspecteur ferme les yeux, et l'inspection, en fait, reste ainsi lettre morte.

Votre Commission, pour remédier à cette situation et fortifier l'autorité de l'inspecteur, propose certaines réformes, telles que sa nomination par le ministre sur la présentation de l'Académie de médecine; le droit pour lui de correspondre directement avec le ministre; l'institution d'inspecteurs régionaux venant lui donner l'appui de l'autorité supérieure. Sans doute, par ces mesures, le médecin inspecteur sera plus fortement armé; mais son autorité et son influence morales, seules capables de prévenir les difficultés, les luttes, les conflits, ce qu'il faut avant tout rechercher, son autorité et son influence morales, dis-je, n'en seront pas notablement accrues. Cela tient surtout à ce que le médecin inspecteur, dans l'exercice de ses fonctions, s'isole généralement de ses confrères; d'autres fois, ce sont ces derniers qui s'éloignent de lui. Il résulte de cet isolement, et du désaccord ou des malentendus qne souvent il engendre, que le concessionnaire trouve dans les avis des autres médecins un appui contre celui du médecin inspecteur et agit en définitive suivant son bon plaisir.

Je sais bien que l'Académie de médecine a émis, en 1873, le vœu, renouvelé par votre Commission, que les médecins exerçant dans chaque station soient réunis une fois l'an en Commission consultative : je doute que beaucoup d'entre eux répondent à cet appel et apportent à l'inspecteur un concours que, dans l'état des choses, ils savent devoir être et rester purement platonique. L'élection des médecins adjoints par cette même Commission, proposée par M. le rapporteur, loin de contribuer à fortifier le médecin inspecteur, me semble plus propre à l'affaiblir, en creusant davantage la ligne de séparation entre lui et ses collègues. Pour peu qu'il y ait défaut d'entente, les élus du corps médical lutteront d'influence à armes plus qu'égales contre le délégué de l'Administration.

Je ne crois pas avoir besoin d'insister davantage pour montrer que le système d'inspection individuelle est une source de division parmi les médecins des stations thermales, et par suite une cause d'affaiblissement de l'action qu'ils peuvent et doivent exercer dans l'intérêt de la santé publique. A ce point de vue, l'inspection collective offre de plus grandes garanties. La Commission médicale, élue par les médecins de la station, représente en définitive le corps d'où elle émane et agit en son nom; elle pèse ainsi d'un poids plus considérable qu'une individualité, quels que soient le bon vouloir et l'activité de celle-ci, sur les projets et les décisions des propriétaires ou fermiers des eaux. Il est facile de comprendre aussi qu'en répartissant entre ses membres les fonctions qui incombent au médecin inspecteur, telles que la surveillance de l'administration des eaux, la protection générale des malades, l'assistance médicale des personnes peu aisées, des indigents, etc., et tout en allégeant ainsi la part de chacun, elle assure un fonctionnement plus régulier et plus complet de chaque service. Enfin il est une attribution nouvelle qu'elle peut remplir et qu'il serait difficile de conférer à un inspecteur : je veux parler de la police sanitaire de la station thermale.

Cette question ne semble pas avoir jusqu'ici fixé l'attention comme elle le mérite. M. Bouloumié l'a portée devant le Congrès d'hydrologie et de climatologie de Biarritz, qui en a renvoyé l'étude à une commission, chargée en même temps d'y intéresser les Sociétés d'hygiène et les pouvoirs publics (1). Les villes d'eaux deviennent, pendant la saison thermale, le centre d'une agglomération considérable, souvent trop condensée, et qui exige l'observation plus rigoureuse que jamais des règlements d'hygiène publique. Or, on ne saurait croire jusqu'à quel point ces règlements sont méconnus ou violés, notamment en ce qui concerne la voirie, les égouts, les eaux potables, les logements insalubres, etc. La police sanitaire n'est faite par personne; l'autorité municipale, par ignorance, ou pour ne pas froisser des intérêts privés, ne s'en occupe pas. Le médecin inspecteur n'a pas ce service dans ses attributions et ne pourrait d'ailleurs suffire à toutes les charges qu'il impose. Seule une commission, comme la Commission médicale, peut embrasser les nombreux détails de ce service et offrir assez d'indépendance pour ne pas craindre de se heurter à des intérêts particuliers.

Je m'arrête, messieurs, et crois avoir suffisamment démontré que, au point de vue des intérêts de la santé publique, l'inspection collective présente de nombreux et sérieux avantages sur l'inspection individuelle.

2° *Intérêts scientifiques.* — Pendant fort longtemps les encouragements qui, sur la proposition de l'Académie, sont donnés chaque année aux travaux scientifiques sur les eaux minérales, ont été exclusivement réservés aux médecins inspecteurs. Depuis quelques années seulement, l'Académie fait participer à ces encouragements et à ces récompenses les travaux des médecins libres. Beaucoup de ces derniers n'en pensent pas moins que, dans cette sorte de concours, ils ont une situation inférieure à celle des médecins inspecteurs, ils s'abstiennent et, manquant d'un stimulant pour entreprendre des recherches vraiment scientiques, se bornent à publier des compilations, des monographies, qui ont surtout pour but de leur faire prendre rang parmi les praticiens occupés de la station où ils exercent. Une partie importante de force vive est ainsi perdue pour la science. Avec l'inspection collective, toute inégalité réelle ou apparente disparaît entre les médecins hydrologues et, d'autre part, leur activité scientifique trouve un aliment nouveau dans les études en commun que cette organisation leur fournit la fréquente occasion de faire sur les améliorations à introduire dans la station thermale. Ici donc encore l'avantage reste à l'inspection collective.

3° *Intérêts professionnels.* — Je n'ai pas besoin de rappeler les objections qui, au point de vue professionnel, sont adressées à l'inspectorat actuel. Il constitue, dit-on, un privi-

(1) Cette commission est composée de MM. Bouloumié, Valery-Meunier et de Ranse.

lége dont souffrent les médecins libres. Après tout ce qui a été dit et écrit sur ce point, je ne crois pas nécessaire de m'y arrêter longtemps. Je suis d'avis que, si ce privilège était justifié par l'intérêt public, il devrait être maintenu. Mais, sans même se préoccuper de savoir si les plaintes des médecins libres sont parfaitement légitimes ou non, il est un fait qui doit fixer l'attention, c'est que l'organisation actuelle est une source de division regrettable entre les médecins hydrologues. Toute autre organisation qui, en sauvegardant au même degré l'intérêt général, aura pour effet de faire disparaître cette scission et de ramener l'esprit de confraternité dans un groupe important du corps médical, devra être adoptée de préférence. Or, cette organisation, on la trouve dans l'inspection collective.

4° *Intérêts administratifs.* — Dans chacun des trois systèmes, le médecin inspecteur dans le premier, l'inspecteur régional dans le second, la Commission médicale par son président dans le troisième, ont à correspondre avec le ministère et à fournir chaque année un rapport administratif sur le fonctionnement de l'établissement thermal. J'ai dit plus haut que, dans le système de l'inspection collective, tous les procès-verbaux des séances tenues par la Commission médicale seraient consignés sur un registre; on trouverait là, si je ne me trompe, les éléments d'un rapport plus circonstancié, plus précis, plus complet que celui que l'inspecteur actuel peut faire avec ses notes ou ses souvenirs à la fin de la saison thermale, ou que celui que l'inspecteur régional pourrait rédiger d'après les documents plus ou moins exacts qu'il serait obligé de puiser à des sources diverses.

On objectera, pour la régularité de ces rapports, que le ministre a sur l'inspecteur actuel ou aura sur l'inspecteur régional, qui sont, après tout, des fonctionnaires responsables devant lui, une autorité qu'il ne saurait avoir sur une Commission médicale ou sur son président. Il faut d'abord admettre que, lorsqu'on sollicite ou qu'on accepte un mandat, c'est avec l'intention de le remplir; si, par le fait de circonstances ultérieures, on ne peut tenir cet engagement moral, on n'a qu'à se retirer. Mais, en supposant qu'une Commission médicale, ou son président, néglige ses fonctions, le ministre n'est pas désarmé. Il est dit à l'article 13 du projet de loi du gouvernement sur l'organisation des services de l'hygiène publique :

« Tout membre d'une Commission d'hygiène publique qui, sans motif d'excuse approuvé par le préfet, a manqué de se rendre à trois convocations successives, est considéré comme démissionnaire. Il est procédé à la nomination de son successeur, etc. »

Les Commissions médicales des stations hydro-minérales étant assimilées à ces Commissions d'hygiène publique, la même sanction administrative garantit la régularité et l'exactitude de leurs travaux. L'objection adressée de ce chef à l'inspection collective tombe donc, et celle-ci conserve ses avantages sur les deux autres systèmes.

5° *Intérêts des stations thermales.* — Le développement des stations thermales est la résultante d'une compréhension intelligente et de l'exercice régulier des diverses fonctions que je viens de passer en revue. Le système qui assurera le mieux cette régularité, contribuera plus efficacement que les autres au progrès de la station. On comprend aussi que, pour l'étude de toutes les questions relatives à la composition chimique des eaux, à leurs applications thérapeutiques, aux améliorations à introduire dans leur captage, leur aménagement, leur mode d'administration, etc., le concours des membres composant la Commission médicale offre plus de garantie que l'initiative ou le bon vouloir du seul inspecteur. Sous ce rapport encore l'inspection collective garde sa supériorité.

6° *Intérêts économiques et organisation.* — Au point de vue économique, le même système soutient, non sans avantage, la comparaison avec les deux autres.

L'organisation un peu éclectique proposée par votre Commission ne laisse pas d'être assez complexe : inspecteurs régionaux nommés par le ministre sur la présentation du Comité consultatif d'hygiène; inspecteurs locaux nommés également par le ministre sur la présentation de l'Académie de médecine; inspecteurs adjoints élus par les médecins de la station réunis en commission consultative : on voit que la Commission de l'Académie, mue sans doute par un esprit de conciliation, a formé un tout d'emprunts faits à chaque système. C'est un peu compliqué; or, en fait d'organisation, plus les rouages sont simples, meilleur est le système.

Cette simplicité existe dans le projet de la Commission extra-parlementaire dont M. Rochard vous a rappelé les travaux et les conclusions : il s'agit, en effet, de nommer par décret, sur la proposition du ministre, quatre inspecteurs généraux dont les fonctions sont déterminées par la loi ou des règlements. Malheureusement il faut rétribuer ces hauts fonctionnaires et, à cet effet, il faut inscrire au budget des ressources spéciales. C'est là la pierre d'achoppement du projet de la Commission extra-parlementaire qui a dû se préoccuper d'une question d'impôt ou de taxe fort compromettante pour l'adoption de son travail.

Le système que j'ai l'honneur de défendre devant vous réunit la simplicité d'organisation et l'économie. Tous les trois ans, les médecins de chaque station thermale, convoqués par le préfet, se réunissent pour élire les membres de la Commission médicale.

Jusqu'à la promulgation de la loi en projet sur l'organisation d'une Direction de la santé publique, les commissions médicales remplissent gratuitement les fonctions actuellement attribuées à l'inspectorat local.

Dans la préparation de cette loi, on aura à marquer la place des commissions médicales à côté des commissions régionales d'hygiène publique, et à les faire participer aux avantages de ces dernières, soit pour les jetons de présence accordés à leurs membres, soit pour le concours des inspecteurs départementaux, chargés de faire exécuter les mesures indiquées par elles et adoptées par l'Administration.

En résumé, Messieurs, à quelque point de vue que l'on se place, que l'on envisage les intérêts primordiaux des malades ou de la santé publique en général, ceux de la science, de la profession, de l'administration, ceux des stations thermales, ou qu'on se préoccupe du côté économique qui doit présider à toute organisation, l'inspection collective se montre supérieure à l'inspection individuelle et à l'inspection régionale. Elle constitue, si je ne me trompe, le système que nos savants collègues, MM. Brouardel et Proust, si compétents en la matière, ont proposé à votre Commission, et sur lequel M. le rapporteur me semble avoir glissé légèrement. J'espère donc qu'elle trouvera quelque appui au sein de l'Académie et, si

elle devait avoir la bonne fortune de rallier la majorité des suffrages, j'aurais à vous soumettre une série de propositions en réponse à la demande de M. le Ministre du commerce et de l'industrie.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA NÉPHROTOMIE ET DE LA NÉPHRECTOMIE, par M. le docteur PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Communication faite au Congrès français de chirurgie (octobre 1886).

La néphrotomie et la néphrectomie méritent à juste titre d'appeler l'attention des chirurgiens.

Le nom de *néphrotomie* est actuellement employé pour désigner soit l'ouverture des collections liquides du rein, soit l'ouverture du rein lui-même lorsqu'il s'agit d'aller à la recherche d'un corps étranger, un calcul par exemple, contenu dans l'intérieur de son parenchyme ou de ses canaux excréteurs.

Le nom de *néphrectomie* est réservé à l'ablation partielle ou totale sous-capsulaire ou non de la glande rénale elle-même.

Nous ne voulons pas entreprendre ici l'historique de ces sortes d'opérations, il nous entraînerait trop loin. Il suffira, d'ailleurs, de consulter l'excellente thèse d'un de nos internes les plus distingués, M. Brodeur, qui vient de paraître, pour le connaître dans tous ses détails.

Néphrotomie. — Depuis de nombreuses années, les chirurgiens n'hésitaient pas à ouvrir les collections liquides du rein, en particulier les grands kystes hydatiques qui s'y développaient.

Il est à remarquer, cependant, que beaucoup d'opérateurs, surtout lorsqu'il s'agissait d'aborder la tumeur par la voie abdominale, redoutaient tellement la proximité du péritoine, qu'ils se contentaient de donner issue au liquide par des ponctions ou par des applications de caustiques. Nous avons le premier démontré, il y a de longues années déjà, par des faits multiples suivis de succès, que le voisinage du péritoine ne doit pas empêcher d'ouvrir largement ces tumeurs, de donner issue aux liquides qu'elles contiennent, et même d'en exciser la plus grande partie si l'on a soin de suturer le fond de la poche aux lèvres de la plaie abdominale. Ce mode de traitement, auquel nous avons donné le nom de *traitement par suppuration*, nous a permis, non seulement de guérir les kystes du rein par la voie lombaire ou la voie abdominale, mais encore un grand nombre de kystes qui avaient pris naissance dans les autres viscères de l'abdomen ou du bassin et qui étaient considérés comme incurables à cause de leur siège, de leurs rapports et de leurs connexions. Depuis lors, les chirurgiens se sont enhardis ; depuis surtout qu'ils ont mieux appris à aborder le rein par la voie lombaire, ils n'ont pas craint, non seulement d'ouvrir largement les collections liquides du rein, mais encore d'inciser le rein lui-même lorsqu'il renfermait des calculs.

Les résultats de ce double mode d'intervention ont réellement dépassé les espérances.

Brodeur a démontré en effet que :

1° Dans *32 cas d'hydronéphrose*, il y a eu : *10 néphrotomies*, dont *5 lombaires*, toutes avec guérison ; *5 abdominales* avec guérison (2 avec persistance de fistule).

2° Dans *15 cas* de kystes renaux (hydatiques ou simples), il y a en : *3 néphrotomies*, dont *2 lombaires* et une *abdominale* avec 3 guérisons.

3° Dans *14 cas* de traumatisme du rein, il y a en : *4 néphrotomies*, dont 4 lombaires avec 3 guérisons.

Dans *25 cas de calculs du rein*, il y a eu : 23 néphrotomies (néphrolithotomies), toutes lombaires avec 22 guérisons.

5° Dans *66 cas de pyélo-néphrite calculeuse*, il y a en : *16 néphrolithotomies*, dont *13 lombaires* avec 6 guérisons et *3 abdominales* avec 3 morts.

6° Dans *43 cas de pyélo-néphrite suppurée*, il y a en : *14 néphrotomies*, dont *12 lombaires* avec 8 guérisons et *2 abdominales* avec 2 morts.

7° Dans *21 cas de pyélo-néphrite tuberculeuse*, il y a en : *5 néphrotomies*, dont *4 lombaires* avec 1 guérison, et *1 abdominale* avec 1 guérison.

On pourrait peut-être reprocher à notre méthode de traitement par suppuration d'exposer les malades à conserver des fistules intarissables. Notre expérience personnelle nous a démontré que, même pour les abcès ou les kystes dans lesquels le liquide urinaire se déverse, il ne faut pas se préoccuper outre mesure de la persistance de ces fistules urinaires, car celles que nous avons vues ont guéri dans un temps relativement court. D'ailleurs, les statistiques de Brodeur montrent que ces fistules ne durent que quelques semaines en général ; quelquefois même, il ne s'écoule aucune goutte d'urine par la plaie lombaire.

Néphrectomie. — La néphrectomie est une conquête bien autrement récente et non moins importante que la néphrotomie. De nos jours, les chirurgiens n'ont pas craint de l'appliquer aux tumeurs malignes et même aux simples déplacements du rein. En réalité, elle a été pratiquée dans un grand nombre de cas : dans le rein flottant, dans les tumeurs liquides ou solides du rein, dans les traumatismes et dans les inflammations suppurées ou non de la glande rénale.

Le temps nous manque pour discuter les indications et les contre-indications de cette opération. Nous renverrons sur ce point à la thèse de Brodeur qui les a parfaitement décrites, et nous nous contenterons de dire que :

1° Dans les cas de *déplacement du rein*, l'opération de la néphrectomie ne doit être pratiquée que lorsque tout traitement palliatif judicieusement conduit a échoué et que la vie du malade est en danger. Dans ces cas, Brodeur a démontré que la néphrorraphie peut souvent seule suffire ;

2° Dans les cas d'*hydronéphrose*, de *kyste*, d'*inflammation suppurée ou non*, la néphrectomie doit être précédée de l'opération de la néphrotomie ;

3° Dans les *cancers du rein*, si le cancer n'est pas généralisé aux deux reins, si l'état général du malade est assez satisfaisant, la néphrectomie doit être pratiquée. Il en est de même quand il s'agit d'une tumeur bénigne, un fibrome, par exemple.

Quant à nous, nous avons eu l'occasion, dans la plupart de ces cas, d'intervenir. Naturellement, nous avons été conduit à agir le plus souvent par la voie lombaire, exceptionnellement par la voie abdominale.

Quelques chirurgiens semblent redouter beaucoup la voie abdominale, à cause des dangers de péritonite auxquels elle expose. Nous ne sommes pas de leur avis, et nous croyons qu'un opérateur exercé à la pratique des gastrotomies peut sans crainte pratiquer l'ablation des tumeurs du rein par la voie abdominale, lorsqu'elles sont petites et même lorsqu'elles

sont volumineuses, pourvu qu'elles soient limitées à cet organe. C'est mû par cette pensée que nous n'avons pas hésité, en 1884, à enlever, par la gastrotomie, une énorme tumeur cancéreuse du rein droit à une malade qui, depuis l'opération, jouit d'une bonne santé.

Quel que soit leur volume, lorsqu'il s'agit d'enlever ces tumeurs par la voie abdominale, nous sommes d'avis qu'il est plus avantageux de les mettre à nu en incisant la paroi du ventre sur la ligne médiane. Si elles sont petites, on écarte ensuite les intestins, on incise le péritoine qui recouvre la face antérieure du rein, on énuclée celui-ci, on l'excise après avoir mis les ligatures voulues, on ferme par sutures ou par ligaturee le péritoine qui recouvre la cavité laissée par l'organe, et l'on finit l'opération en suturant la paroi abdominale comme s'il s'était agi d'enlever une simple tumeur du mésentère. Si la tumeur est très volumineuse, et surtout si elle est adhérente aux organes voisins, la dissection de sa périphérie exposerait l'opérateur à blesser des organes indispensables à la vie. En pareil cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer le morcellement suivant les règles que nous avons posées pour l'ablation des grandes tumeurs, toutes les fois qu'elles sont situées au voisinage d'organes qu'il importe de ménager.

Il semble, au premier abord, que ce morcellement expose aux hémorrhagies. Nous avons montré depuis longtemps qu'il n'y a rien à craindre de semblable, si l'on sait se servir des pinces de divers modèles que nous avons imaginées pour faire le pincement préventif, temporaire et définitif des vaisseaux.

La *voie lombaire*, moins effrayante, ne permet pas d'enlever les grandes tumeurs. Naturellement indiquée pour l'ablation des petites, elle nous a permis, en nous aidant aussi du morcellement, d'enlever des tumeurs de moyen volume, que d'autres n'auraient pas songé à aborder par cette voie. On en trouvera des exemples dans la thèse de Brodeur.

Nous avons opéré de la sorte deux malades, dont l'un portait un rein très hypertrophié et déplacé, et dont l'autre, que nous opérâmes avec Guyon, était considérablement hypertrophié, rempli d'abcès et de concrétions calcaires. Le morcellement, d'ailleurs, ne suffit pas pour enlever largement ces tumeurs ; il faut, toutes les fois que l'on veut enlever le rein malade par la voie lombaire, se créer un chemin aussi large et aussi peu dangereux que possible, de façon à le bien mettre à nu, à bien l'explorer, à bien le disséquer en dedans ou en dehors de sa capsule, sans crainte d'être gêné par ses rapports, par ses adhérences, par les vaisseaux qui pénètrent dans son intérieur.

Pour obtenir ce résultat, nous avons imaginé de porter l'incision au niveau du bord antérieur du carré lombaire, de couper largement la peau et la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, non seulement au niveau de l'intervalle qui sépare la crête iliaque des dernières côtes, mais encore à la surface de ces os sur une longueur de plusieurs centimètres, de façon à obtenir une plaie longue de 25 centimètres environ. En cela, nous suivons le principe que nous avons toujours posé, que toutes les fois qu'il s'agit d'aborder des tumeurs profondes situées dans des régions délicates, il ne faut pas craindre de faire les incisions préliminaires aussi longues que possible. Ce premier temps de l'opération exécuté, nous incisons verticalement la couche musculaire au niveau de l'interstice aponévrotique dans toute son épaisseur, et, au besoin, pour donner plus de jour, nous débridons les muscles en les coupant en avant ou en arrière à un centimètre au-dessus de la crête iliaque.

Il devient facile alors, en nous aidant de rétracteurs, de voir le feuillet aponévrotique sous-musculaire, de l'inciser, de mettre à nu l'atmosphère graisseuse du rein, de la couper, de disséquer ensuite le rein en dedans ou en dehors de sa capsule, de le morceler s'il est trop volumineux, de pincer son hile, de le reséquer et de placer une double ligature en dedans des pinces sur l'uretère et les vaisseaux. Nous n'avons jamais eu besoin, pour nous mettre à l'abri des hémorrhagies, de laisser nos pinces à demeure à la suite de l'opération. Mais, pour abréger le temps de l'opération, nous avons eu soin d'employer nos divers modèles de pinces longues, à mors droits ou courbés sur le champ, que nous avons fait construire pour l'ablation des tumeurs profondes.

Ce procédé, que nous avons décrit avec plus de détail dans le tome II de nos cliniques et dont la manœuvre est facilitée par notre lit d'opérations et par la position donnée à la malade et aux aides, nous a toujours permis d'enlever ces tumeurs sans qu'il soit besoin de nous créer une voie, soit en reportant l'incision plus en avant, soit en réséquant les dernières côtes, procédé qui ne nous a pas paru utile et qui n'est pas sans danger, comme le prouvent les faits recueillis par Brodeur.

Les résultats que nous avons obtenus dans la néphrectomie lombaire ou abdominale sont des plus encourageants. Sur sept opérations de néphrectomie que nous avons pratiquées, nous avons eu six succès, et encore, chez la malade que nous avons perdue, la mort est survenue non pas du fait de l'opération, mais bien de ce que l'autre rein était atrophié et complètement impropre à remplir ses fonctions.

En raison de ces faits, nous estimons qu'il faut préférer la voie lombaire toutes les fois qu'elle est applicable, parce qu'elle n'exige pas l'ouverture du péritoine, bien que celle-ci soit beaucoup moins redoutable qu'autrefois, grâce aux progrès de la chirurgie. Les statistiques de Brodeur confirment d'ailleurs notre manière de voir. En effet, sur 235 néphrectomies, il y en a 110 par la voie abdominale, avec 55 guérisons (50 %), et 125 par la voie lombaire avec 78 guérisons (62,4 %). Voici comment elles se répartissent :

1º Dans *36* reins mobiles, il y a eu : 26 néphrectomies, dont *20* abdominales avec *12* guérisons (60 %) et *6* lombaires avec *6* guérisons;

2º Dans *32* cas d'hydronéphrose, il y a eu : 22 néphrectomies dont *10* lombaires avec 6 guérisons (60 0/0) et *12* abdominales avec 7 guérisons (58,33 0/0) ;

3º Dans *15* cas de kystes rénaux, il y a eu : 12 néphrectomies, dont 12 abdominales avec 4 guérisons (33,33 0/0) ;

4º Dans *18* cas de carcinome du rein, il y a eu : *17* néphrectomies, dont *12* abdominales avec *2* guérisons (16,66 0/0) et *5* lombaires avec *4* guérisons (80 0/0) ;

5º Dans *29* cas de sarcome du rein, il y a eu : *29* néphrectomies dont *25* abdominales avec *13* guérisons (52 0/0), *4* lombaires avec *une* guérison (25 0/0).

6º Dans *10* cas de fibrome, il y a eu : *10* néphrectomies dont *8* abdominales avec *6* guérisons, *2* lombaires avec *2* guérisons.

7º Dans *14* cas de traumatisme du rein, il y a eu *10* néphrectomies dont 7 lombaires, avec 5 guérisons, et *3* médianes avec *2* guérisons.

8º Dans *18* cas de fistule, il y a eu : *18* néphrectomies dont

17 lombaires avec *2* guérisons, et *1* médiane avec *1* guérison.

9o Dans *25* cas de calcul du rein, il y a eu : *2* néphrectomies lombaires avec *1* guérison.

10o Dans *66* cas de pyélo-néphrite calculeuse, il y a en : *44* néphrectomies dont *34* lombaires avec *19* guérisons, et *10* abdominales avec *5* guérisons.

11o Dans *43* cas de pyélo-néphrite suppurée, il y a en : *29* néphrectomies dont *24* lombaires avec *16* guérisons, et *5* abdominales avec *1* guérison.

12o Dans *21* cas de pyélo-néphrite tuberculeuse, il y a eu : *16* néphrectomies dont *14* lombaires avec *6* guérisons et *2* abdominales avec *2* guérisons.

Nous n'entrerons pas maintenant dans le détail de toutes les complications qui peuvent accompagner les tumeurs du rein ayant nécessité la néphrectomie, telles que les fistules stercorales, dont nous avons donné quelques exemples, ni de celles qui ont été notées à la suite de ces opérations. Nous n'aurions rien à ajouter à ce qui vient d'être publié sur cet intéressant sujet par Brodeur.

En résumé, la *néphrectomie* est applicable à l'hydronéphrose, aux kystes du rein, aux lésions traumatiques du rein, aux calculs et aux inflammations suppurées ou non de cet organe. Elle doit être faite de préférence par la voie lombaire, bien que, grâce au traitement par suppuration applicable aux tumeurs liquides et aux progrès qui ont été apportés à l'ablation des tumeurs solides par la gastrotomie, elle puisse être faite sans trop de danger par la voie abdominale.

La *néphrectomie* est applicable aux reins mobiles, pour lesquels on devra surtout pratiquer la néphrorraphie, aux tumeurs, aux fistules. Elle ne doit être pratiquée par la voie abdominale que pour les tumeurs très volumineuses du rein. Elle peut être pratiquée par la voie lombaire toutes les fois que les tumeurs sont de moyen ou de petit volume.

Pour se créer une voie large, il faut porter l'incision au niveau du bord antérieur du carré lombaire;

Prolonger l'incision des couches superficielles sur les côtes et les hanches;

Ne pas craindre de débrider les muscles ;

Se servir du morcellement en respectant ou non la capsule rénale, suivant que cela est nécessaire pour faciliter l'opération ;

Se servir de pinces de forme et de courbure appropriées, pour faire l'hémostasie temporaire au cours de l'opération et pour faciliter le morcellement du rein, ainsi que la ligature du hile ;

Enfin recourir aux pansements antiseptiques pour obtenir la réunion par première intention.

REVUE CRITIQUE

De la dermatologie en France et a l'étranger a propos du livre de M. Hardy et de quelques autres ouvrages récents (1).

Parmi les nombreuses branches des sciences médicales, il n'en est pas qui soit appelée à avoir une plus grande importance en pathologie générale que celle des maladies cutanées. Voir directement sur le corps les diverses lésions dont la peau est le siège, suivre les développements, les différentes phases, la marche en un mot de ces lésions, constater les effets du traitement, c'est là un immense avantage que les dermatologistes ont de prime abord sur le médecin qui s'occupe des maladies proprement et réellement dites internes. Toutes les diathèses, toutes les grandes affections morbides ne présentent-elles pas en effet sur la peau une espèce de retentissement qui, pour si léger qu'il soit, n'en a pas moins une grande valeur en séméiologie ? N'est-ce pas à la surface du corps, sur son enveloppe, que nous pouvons le mieux suivre l'évolution et reconnaître la nature de lésions généralisées à l'ensemble de l'organisme ? Est-il besoin de rappeler qu'il n'est pas jusqu'à l'ingestion de certaines substances toxiques ou simplement médicamenteuses et même alimentaires, qui ne provoque des éruption cutanées ?

La peau nous offre donc en quelque sorte une traduction de ce qui nous est caché ; et les troubles de nutrition, aussi bien que les troubles d'innervation et les altérations organiques, peuvent avoir leurs manifestations extérieures sur nos téguments. Aussi quel jour la dermatologie doit-elle et pourra-t-elle bientôt jeter sur les maladies chroniques, sur ces états morbides qui nous tiennent tous plus ou moins sous leur dépendance, sinon actuelle, au moins prochaine !

Est-il besoin d'en dire si long aujourd'hui pour dévoiler l'influence que joue déjà l'étude des maladies cutanées dans la médecine, influence qui tend tous les jours à s'accroître ? Assurément non. Mais avant d'arriver à entrevoir et surtout à utiliser l'importance des connaissances dermatologiques en pathologie, il fallait que les maladies de la peau fussent sorties de cette confusion, de cet espèce de chaos où elles étaient restées jusqu'au XIXe siècle, car la dermatologie est vraiment de date récente

Si dès 1777, Lorry (*Tractatus de morbis cutaneis*, Paris) avait posé les premiers jalons; si Jean-Jacques Pleuk avait tenté une classification (1), ce ne fut guère que Robert Willan, trente ans après la publication du livre du médecin autrichien, qui inaugura un système nosologique dont Thomas Bateman, son élève, fut l'apôtre et le propagateur (2). Mais la confusion régnait encore. Alibert vint qui, ne tenant pas seulement compte de la forme de la lésion, systématisa les maladies de la peau en créant des genres et en les affublant de noms bizarres. Mais Alibert avait eu le mérite de donner l'exemple d'une étude spéciale et suivie. Par ses leçons originales et brillantes, il avait attiré l'attention sur cette section de la pathologie par trop délaissée. Empruntant aux sciences naturelles des principes de classification, il tenta lui aussi de mettre de l'ordre dans l'innombrable variété des lésions cutanées. Et si aujourd'hui l'arbre des dermatoses qu'Alibert avait imaginé et construit sur le modèle des arbres généalogiques fait volontiers sourire notre génération, nous devons convenir que cet essai, quelque étrange qu'il nous paraisse, n'en a pas moins eu son utilité (3).

(1) Traités d'Hillairet et Gaucher, de F. Berlioz, de Neumann, de Dubring; leçons de Moritz Kaposi, de M. Guibout, etc.

(1) *Doctrina de morbis cutaneis, quâ in suas classes, genera et species rediguntur*, Vienne, 1783.

(2) *Practical synopsis of custaneous diseases, according to the arrangement of Dr Willan*, Londres, traduit en français par Guillaume Bertrand en 1820, sur la 5e édition.

(3) Consulter sur l'enseignement et sur l'œuvre d'Alibert et de Biett l'article si intéressant consacré par M. Hardy à ses maîtres de l'hôpital Saint-Louis (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, numéro de novembre 1885).

Ce n'est en somme qu'avec Biett, suivi de près par Rayer, que commence l'étude vraiment scientifique de la dermatologie. Biett avait d'abord été l'élève favori, puis le lieutenant d'Alibert; il en devint bientôt l'émule et même le rival. Les leçons de Biett, plus sévères, plus terre à terre en quelque sorte, mais aussi plus sérieuses que celles d'Alibert, portaient ombrage au vieil épicurien, qui pensait avoir droit au monopole de l'enseignement dermatologique. Biett importa et implanta en France les doctrines de Plenk et de Willan, et le livre que ses élèves, Cazenave et Schedel, ont publié en 1828, renferme la substance de sa doctrine.

Rayer, qui a publié (en 1826) un si bon *Traité des maladies de la peau*, n'était pas médecin de l'hôpital St-Louis; et cependant son œuvre restera.

En laissant de côté Maury et Emery, nous trouvons Lugol qui s'occupait avec succès de l'étude des maladies scrofuleuses.

Puis Gibert qui publia, avant d'être médecin de St-Louis, un traité des affections cutanées.

Puis enfin Devergie qui, à ses travaux d'hygiène et de médecine légale, a joint un *Traité des maladies de la peau* qui a eu trois éditions (1).

Nous avons déjà nommé Cazenave à propos de Biett son maître. Devenu maître à son tour, Alphée Cazenave publia un grand nombre de travaux.

Nous arrivons à l'époque contemporaine avec les noms de Bazin, de Hardy, de Lailler, d'Hillairet, de Guibout, époque glorieuse qui se continue aujourd'hui si honorablement par les noms de MM. Besnier, Fournier, Vidal, etc.

Mais en dehors de l'école de Paris, de l'hôpital St-Louis, qui après avoir été le point de départ de ce grand mouvement dermatologique en est resté le centre et comme le foyer, Lyon de son côté formait un groupe de chercheurs que les noms de Baumès, de Diday, de Gailleton, de Rollet, de Horand, de Doyon, etc, suffiraient à illustrer.

Cependant les nations voisines ne demeuraient pas étrangères à ces études spéciales et, surtout depuis 30 ans, on a pu assister au développement de la dermatologie dans divers centres, Vienne, Londres, Edimbourg, Dublin, New-York et diverses universités allemandes et italiennes. De tous ces foyers, il en est un surtout qui a pu prétendre à éclipser l'école de Paris, je veux parler de l'école de Vienne. Par des noms tels que Hébra, Kaposi, Auspitz, Neumann et bien d'autres, l'enseignement de la dermatologie à Vienne a eu un très grand succès. Et Paris serait passé au second rang, si une renaissance ne s'était manifestée. Il ne suffisait pas en effet de posséder les moyens d'observation clinique que l'on trouvait réunis à l'hôpital St-Louis, il ne suffisait pas de faire de la bonne thérapeutique et de la bonne médecine en se contentant de ne s'occuper des maladies cutanées qu'au point de vue du diagnostic, de la pathologie générale et du traitement.

Délaissant les hautes visées de l'Ecole de Paris, resserrant le champ de leurs observations, les dermatologistes autrichiens ont considéré les diverses affections cutanées en elles-mêmes, ils en ont recherché les lésions caractéristiques. Ils ont isolé plus que nous la dermatologie du reste de la médecine. Ils ont fait de l'analyse et de la très bonne analyse. Lisez le traité de Neumann (2), qui est venu d'ailleurs plusieurs années après le grand traité de Hébra, et dans un simple volume vous serez surpris de trouver une si grande multitude de renseignements. L'Histologie y est surtout parfaitement exposée.

Ouvrez les *Leçons cliniques* de Moritz Kaposi (1) que MM. E. Besnier et A. Doyon ont eu le mérite de si bien traduire pour les mettre à la portée des lecteurs français, et qu'ils ont en le mérite plus grand encore d'enrichir de notes précieuses destinées à compléter, en l'éclairant, l'enseignement de ce maître; là aussi vous trouverez, à un degré jusqu'alors inconnu chez les dermatologistes français, une description attentive des lésions non seulement visibles à l'œil nu mais aussi des modifications miscroscopiques subies par les divers éléments qui forment le revêtement cutané de l'organisme humain.

L'Angleterre n'était pas restée en retard et les travaux de Tilbury Fox et d'Erasmus Wilson, pour ne parler que des morts, ont franchi les barrières que leur fermait notre ignorance des langues étrangères.

L'Amérique elle-même a fait invasion chez nous, en nous envoyant le Traité de Durhing que MM. Barthélemy et Colson (2) ont traduit et annoté. Livre pratique autant que scientifique et qui fourmille d'un grand nombre de renseignements inconnus des médecins français.

Nous devons en convenir, en effet, la France, depuis le livre déjà bien vieilli de Devergie, manquait d'un traité didactique des maladies de la peau. Gailleton (de Lyon) en avait bien commencé un, mais la première partie seule a parue en 1874. Hillairet, de son côté, voulut ensuite combler cette lacune de notre littérature nationale, mais la mort vint le frapper brusquement, alors qu'un demi-volume seulement était paru. Heureusement, tout ne reste pas perdu de sa longue expérience, et le docteur Gaucher continue l'œuvre de son maître. Mais nous n'avons encore entre les mains que le premier volume (3).

Plus récemment, en 1884, un professeur de Grenoble, le docteur Berlioz, a tenté, sous la forme d'un petit manuel, de concentrer les notions principales de la dermatologie (4). Mais ce n'est là qu'un manuel forcément incomplet (5).

Par contre, si nous manquons de Traité didactique en France, les études de clinique dermatologique abondent. A côté de M. Lailler, qui n'a publié qu'un petit nombre de ses leçons si pratiques, et que nous serions heureux de trouver groupées en un travail d'ensemble, M. le docteur Guibout, après nous avoir donné ses deux volumes de leçons cliniques, a publié en 1883 une *Nosographie et thérapeutique des maladies de la peau* (6), et en 1885 un nouveau volume (7) qui, bien que le titre ne le mentionne pas, est également un recueil de conférences dermatologiques (*Traité pratique des maladies de la peau, diagnostic et traitement*).

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre).

(1) Paris, 1854, 1857, 1863.

(2) Traduit en français par les docteurs G. et E. Darin. Paris, A. Delahaye.

(1) En 2 vol. in-8°. Paris, G. Masson, éditeur, 1881.

(2) 1 fort vol. in-8° précédé d'une préface de M. Alfred Fournier. Paris, G. Masson, 1883.

(3) Un beau volume grand in-8o. — Paris, O. Doin, 1881-1885.

(4) Un vol. in-18.— Paris, O. Doin.

(5) Je passe sous silence l'essai du docteur Brame (de Tours), resté jusqu'ici inachevé, qui a pour titre : « Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau, basé sur un nouveau traitement ». Paris, Savy.

(6) Un vol. in-8o. Paris, G. Masson.

(7) Un vol. in-8o. Paris, G. Masson.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

I. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPOISONNEMENT AIGU PAR LA MORPHINE ET SUR L'ANTAGONISME ENTRE LA MORPHINE ET L'ATROPINE, par LENHARTZ (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak.*, t. XXII, fasc. 4 et 5, p. 337, 1887). — II. SUR LES EFFETS EXCITANTS DE L'ATROPINE, par le professeur C. BINZ (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1887, n° 2, p. 21).

I. La question de l'antagonisme de l'atropine et de la morphine est très controversée. LENHARTZ est de ceux qui combattent énergiquement la théorie suivant laquelle l'atropine est l'antidote par excellence de la morphine. Dans une précédente publication, dont nous avons donné une analyse sommaire (REVUE DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, 1886, n° 40, p. 355), il a développé les raisons d'ordre clinique qui le portent à nier cette action antidote. Le nouveau mémoire publié par Lenhartz contient l'exposé des recherches expérimentales faites par l'auteur pour élucider cette question de toxicologie et de thérapeutique.

Lenhartz ne s'est pas fait faute de reconnaître qu'en matière de pharmacologie, les résultats des expériences pratiquées sur des animaux ne sauraient être, sans plus ample informé, appliquées à la pathologie humaine. Pour ce qui concerne en particulier l'antagonisme de la morphine et de l'atropine, cela est d'autant plus vrai que maintes espèces animales sont peu sensibles à l'action toxique de la morphine. Aussi, dans ses expériences sur les animaux, Lenhartz s'est-il proposé surtout de s'enquérir du mécanisme et des causes prochaines de la mort chez les animaux empoisonnés par la morphine, sauf à rechercher ensuite dans quelle mesure l'atropine est à même d'agir en sens inverse de ces causes léthifères.

Les recherches de Lenhartz montrent qu'il est assez difficile de fixer d'une manière précise la dose de morphine, mortelle pour un chien : tel animal a résisté à une dose de 0,46 par kilogramme de poids corporel, tandis que chez un autre une dose de 0,27 a suffi pour amener la mort. Suit une description minutieuse et circonstanciée de la symptomatologie de l'empoisonnement grave par la morphine chez le chien. Lenhartz conclut de ses observations, qu'à l'instar de ce qui se passe dans l'empoisonnement par la strychnine et dans le tétanos traumatique, la mort, dans l'empoisonnement par la morphine, chez le chien, est la conséquence de l'asphyxie engendrée par les contractions tétaniques des muscles respirateurs, et de l'épuisement nerveux qui résulte de ces convulsions. Or, l'administration de l'atropine ne remédie en rien à cette contracture tétanique ; elle n'arrache pas les animaux au trépas et ne retarde point la terminaison fatale. Au nombre des manifestations de l'empoisonnement par la morphine figure un abaissement de la pression intra-vasculaire ; mais il n'atteint pas une valeur suffisante pour mettre la vie de l'animal en danger. Souvent, d'ailleurs, il est suivi d'une réascension spontanée de la pression intra-vasculaire.

On ne saurait donc, conclut Lenhartz, attacher une grande importance à l'effet inverse produit par l'atropine (élévation de la pression intra-vasculaire). D'autre part, l'empoisonnement par la morphine s'accompagne d'un ralentissement du pouls ; dans l'empoisonnement par l'atropine, c'est l'inverse qui a lieu, mais l'accélération du pouls atteint un degré tel qu'il peut, par lui-même, compromettre la vie de l'animal en expérience.

Bref, Lenhartz voit dans les résultats de ces expériences, une confirmation de ses vues relativement à l'inutilité, voire au danger de l'emploi de l'atropine à titre d'antidote de la morphine, dans les cas d'empoisonnement par ce dernier alcaloïde.

II. L'article de BINZ est une réfutation du mémoire de Lenhartz. Les faits cliniques invoqués par Lenhartz contre la théorie de l'action antidote de la morphine et de l'atropine n'ont pas la signification qu'on a voulu leur attribuer. Dans les cas d'empoisonnement par la morphine abandonnés à eux-mêmes et terminés par la guérison, il s'agissait d'intoxications bénignes ; là où l'emploi de l'atropine, à titre d'antidote, n'a pas empêché la terminaison d'être fatale, la dose d'atropine était trop faible (pour être efficace, cette dose doit être poussée jusqu'à 0,02).

Pour ce qui est du côté expérimental de la question, Binz fait connaître des expériences qui prouvent que la fréquence des mouvements respiratoires diminue considérablement sous l'influence de fortes doses de morphine et qu'elle augmente sous l'influence de doses équivalentes d'atropine ; qu'à ce point de vue l'action antagoniste des deux alcaloïdes est des plus nettes ; que, d'autre part, l'atropine produit une augmentation rapide du pouvoir excito-moteur des centres nerveux, et qu'à ce titre elle combat les effets narcotiques de la morphine. Sur ce point, les expériences de Binz ne laissent place à aucun doute. Enfin, dès 1875, Binz avait constaté que des fragments frais d'écorce cérébrale, enlevés sur des animaux à sang chaud et déposés dans une solution de chlorure de sodium, présentent sous le microscope des altérations très nettes quand elles proviennent d'un animal empoisonné par la morphine, tandis que leur aspect est normal lorsque les fragments proviennent d'animaux empoisonnés par l'atropine.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (MOELLE ÉPINIÈRE), par M. A. VULPIAN. — Un volume grand in-8. Paris, 1886, O. Doin.

Les leçons de M. le professeur Vulpian sur les maladies du système nerveux viennent d'être complétées par la publication d'un second volume, dans lequel il termine l'étude de la pathologie de la moelle épinière. La congestion et l'anémie, la compression de la moelle, la méningite spinale, la myélite diffuse aiguë et l'ataxie locomotrice, etc., avaient fait l'objet du premier volume ; les scléroses systématiques primitives et secondaires des faisceaux latéraux, les affections systématiques de la substance grise, les amyotrophies de cause spinale, la sclérose en plaques, la paralysie agitante, etc., trouvent leur place dans le second.

La *sclérose latérale amyotrophique* est l'objet d'une étude d'ensemble extrêmement complète et dans laquelle on est heureux de trouver réunis et discutés tous les faits publiés jusqu'à présent sur la question. M. Vulpian la décrit presque en tête des scléroses systématiques des cordons latéraux, au lieu de la ranger à côté des amyotrophies ; ceci semble indiquer, ce qui est vrai, qu'il accorde une bien plus grande

importance, dans l'évolution de la maladie, à l'élément spasmodique qu'à l'atrophie. Cette dernière est, du reste, secondaire et n'apparaît que lorsque les les lésions envahissent les cornes antérieures. La marche de la sclérose latérale amyotrophique, ses symptômes, ses lésions limitées à une région particulière des faisceaux latéraux, en font une entité morbide bien différenciée, dont le diagnostic peut être assez facilement posé pendant la vie. Sa pathogénie est plus obscure, et il est permis de se demander si les lésions bulbo-médullaires sont primitives, ou si elles dépendent de la disparition des cellules des régions motrices de l'écorce cérébrale, comme l'a vu M. Marie dans un cas. Quoi qu'il en soit, les fibres nerveuses sont seules touchées primitivement et la névroglie ne participe que consécutivement au travail morbide. M. Vulpian pense que le cylindre-axe est le point où l'irritation prend naissance et que sa destruction granuleuse ou son atrophie simple sont amenées par l'affaiblissement graduelle de sa nutrition. Pour savoir si les contractures survenant au cours de cette maladie sont le fait de la destruction complète des faisceaux latéraux ou de leur irritation, il a institué une série d'expériences d'où résulte cette conclusion importante que les contractures sont seulement dues à l'irritation dont ces faisceaux sont le siége dans la sclérose.

Après avoir fait une étude du *tabes dorsal spasmodique*, M. Vulpian nous donne un chapitre du plus haut intérêt sur la *physiologie des réflexes tendineux*. Il discute les opinions de Westphal qui considère le phénomène du genou comme le résultat d'une excitation transmise aux muscles par le tendon percuté, celle de Erb qui en fait une action musculaire réflexe, puis il indique les raisons qui lui font penser que ce phénomène n'est pas dû à une excitation musculaire, mais relève d'un réflexe. La percussion du tendon est le point de départ de ce réflexe, la contraction du triceps fémoral en est le résultat; le centre nerveux dont il dépend a son siége dans la substance grise de la région lombaire de la moelle.

Pour la première fois dans un traité des maladies de la moelle, les *scléroses primitives combinées* font l'objet d'un chapitre très développé. L'auteur rapporte le fait observé par Prévost (sclérose des cordons postérieurs compliquée d'une sclérose symétrique des cordons lateraux), et le donne comme un type de ces scléroses qui paraissent être les unes et les autres également primitives et evoluent côte à côte sans aucun lien reconnaissable. Wesphal, Schultze, Raymond, ont décrit des cas du même genre. Leur étude symptomatique est fort difficile à faire, car elle varie pour chaque malade. La maladie de Friedreich n'est pour M. Vulpian qu'une forme spéciale de scléroses combinée et pourrait s'appeler forme héréditaire de la sclérose médullaire combinée.

L'étude de la *paralysie atrophique de l'enfance et de celle de l'adulte*, la description de la *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, sont réunies dans la même leçon et M. Vulpian fait ressortir les rapports qui existent entre ces diverses affections. Quant à la paralysie générale spinale diffuse décrite par Duchenne, il nie son existence en tant qu'entité morbide et en fait une variété de la myélite diffuse chronique.

Une des questions qui sont traitées avec le plus de détails dans le livre de M. Vulpian est celle des amyotrophies. L'*atrophie musculaire progressive*, la *paralysie pseudo-hypertrophique*, l'*amyotrophie juvénile*, sont-elles des affections absolument différentes au fond? On conçoit que l'on ne puisse répondre d'une façon catégorique à cette question, car la donnée la plus importante fait défaut pour un certain nombre des cas dont il s'agit, c'est la donnée anatomo-pathologique. Le plus souvent cependant, la moelle épinière est trouvée normale, soit dans les atrophies musculaires de l'enfance, soit dans la paralysie pseudo-hypertrophique. Faut-il alors considérer pour cela ces affections comme consécutives à une lésion musculaire primitive? M. Vulpian ne le croit pas, et fait remarquer qu'il s'agit là de maladies de famille, dont les premières manifestations ont lieu dans l'enfance, et que les distinctions que l'on établit entre elles tiennent surtout aux différences observées dans leur évolution. On est tenté de considérer ces diverses formes comme ressortissant à un même processus morbide et comme de simples variétés d'une même maladie. Toutefois, il faut attendre, pour les classer définitivement, que l'anatomie pathologique nous ait mieux renseignés sur leurs lésions initiales.

Bien que n'ayant pas l'intention de traiter dans ce volume la pathologie du bulbe rachidien, M. Vulpian décrit ici la *paralysie labio-glosso laryngée*, car elle touche à l'atrophie musculaire progressive par tant de points qu'il est impossible de séparer leur étude. Un pareil rapprochement doit être fait entre elle et la sclérose latérale amyotrophique. Sous le rapport de l'anatomie pathologique, elles ne diffèrent que par des points sans grande importance et leurs physionomies symptomatiques offrent des différences plus apparentes que réelles. Au fond, la distinction établie entre elles repose surtout sur ce fait que, dans la sclérose latérale amyotrophique les symptômes médullaires se manifestent longtemps avant les troubles bulbaires, tandis que dans la paralysie labio-glosso laryngée ce sont ces derniers qui apparaissent en premier lieu.

Il s'agit donc vraisemblablement plutôt de deux formes d'une même maladie que de deux maladies différente. C'est la conclusion déjà admise par M. Déjérine et à laquelle M. Vulpian se rallie. Il existe entre elles une parenté véritable, et M. Vulpian les regarde comme deux variétés d'une même entité morbide : l'*atrophie progressive de l'appareil cérébro-spinal de la motricité*. Bien qu'il soit nécessaire de séparer en clinique leurs formes types, il ne faut pas oublier que tous les intermédiaires peuvent se présenter entre elles.

La description de la *sclérose transverse*, de la *sclérose en plaques* et celle de la *paralysie agitante* terminent l'étude des maladies de la moelle. La paralysie agitante ne devrait pas être, à proprement parler, rangée parmi elles; aussi M. Vulpian la considère-t-il provisoirement comme une névrose, tout en faisant remarquer que, dans plusieurs cas, on l'a trouvée en relation avec des lésions diverses de la moelle et du bulbe rachidien.

Dr Georges Lemoine.

BULLETIN

La réforme du concours d'agrégation. — L'élection du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

L'abondance des matières ne nous a pas permis de parler, dans le précédent numéro, du vote récent de la Faculté de médecine de Paris sur les réformes à apporter au concours d'agrégation. Invitées par le ministre de l'instruction publique à émettre leur avis sur les modifications à introduire dans

les conditions de ce concours, les Facultés ont dû étudier de nouveau la question, et, c'est sur le rapport d'une Commission chargée de cette étude, et composée de MM. Brouardel, Vulpian, Lannelongue, Mathias Duval et Grancher, rapporteur, que la Faculté de médecine de Paris, après une discussion assez vive, a adopté le projet d'organisation suivant :

Article I. — Les épreuves d'admissibilité sont au nombre de deux.

La première est une leçon orale de trois quarts d'heure portant sur un sujet de pathologie interne ou externe pour le concours de médecine et de chirurgie, sur un sujet d'anatomie et de physiologie, sur un sujet de physique, de chimie, d'histoire naturelle, pour ces concours spéciaux.

Le candidat préparera cette épreuve sous la surveillance d'un compétiteur et sans le concours d'aucun livre. Trois heures ont été accordées pour cette préparation.

La deuxième épreuve est un exposé des travaux scientifiques du candidat, fait par le candidat lui-même en séance publique et solennelle. Le jury fixera, pour chaque concours, la durée de cette épreuve qui ne pourra pas être de moins de vingt minutes.

Art. II. — Les épreuves d'admission sont au nombre de deux.

La première est une leçon orale de une heure après vingt-quatre heures de préparation libre.

La deuxième comprend une ou plusieurs épreuves pratiques.

Pour la médecine et la chirurgie, elle portera sur un ou deux malades choisis par le jury. Le candidat, sous la surveillance d'un compétiteur, étudiera les malades en utilisant à son gré les ressources de laboratoires mises à sa disposition.

Pour le concours d'anatomie et de physiologie, pour le concours des sciences naturelles, une ou plusieurs épreuves à la fois théoriques et pratiques termineront le concours.

Le jury aura toute latitude pour déterminer le nombre, la nature et la durée de ces épreuves dans chaque ordre d'agrégation.

Deux ordres d'idées surtout semblent avoir inspiré la Commission dont la Faculté a adopté les conclusions : 1o Simplifier le concours en rendant les épreuves moins longues et surtout moins onéreuses; 2o Tenir en éveil l'esprit d'initiative chez les candidats et encourager les recherches originales.

Pour atteindre le premier but, la Commission a supprimé, comme on le voit, deux épreuves : l'épreuve écrite d'anatomie et de physiologie, et la thèse. Tout le monde, si nous ne nous trompons, applaudira à cette double suppression. L'épreuve écrite ne faisait que traduire le plus souvent un don naturel ou un effort de mémoire, et la thèse était à la fois une compilation et une œuvre collective qui ne pouvait racheter, par son importance réelle, les sacrifices parfois très onéreux qu'elle imposait aux candidats.

Mais si la Commission, et, après elle, la Faculté ont supprimé deux épreuves, elles en ont ajouté une nouvelle : l'exposé, par le candidat lui-même, de ses titres scientifiques. Cette épreuve vise le second but qu'on s'est proposé : pousser les futurs agrégés vers les recherches originales.

L'un des plus justes griefs qu'on puisse adresser, en effet, au concours d'agrégation, c'est de comprimer toute initiative chez les candidats et de les obliger à chercher avant tout à s'assimiler les travaux de leurs juges. La nouvelle épreuve corrigera-t-elle ce vice d'organisation et donnera-t-elle le résultat qu'on semble en attendre? Il est permis de l'espérer; mais on trouve déjà à cet égard des sceptiques : « Le plus souvent, dit la PROVINCE MÉDICALE, l'exposé consistera à faire passer une heure délicieuse à la vanité de la majorité du jury. En exposant ses titres, le candidat fera le panégyrique de ceux de ses juges, cherchera, montrera dans leurs œuvres magistrales le germe de ses humbles travaux. Quant au malheureux qui s'avisera d'être original, qui aura eu l'idée malencontreuse de publier quelque note en opposition avec les vues de l'aréopage, il ne parviendra pas à le faire oublier. Cette épreuve nouvelle ne fera pas surgir de plus nombreuses ni de meilleures publications. »

Le rédacteur de la PROVINCE MÉDICALE nous semble un peu pessimiste; cependant il faut reconnaître que c'est placer les candidats dans une dure alternative que de les obliger ainsi, ou de céder à un sentiment de vanité, en faisant leur propre panégyrique, ou de pécher par un excès de modestie plus ou moins diplomatique en faisant, au détriment de leurs propres travaux, le panégyrique de leurs juges. Peut-être, pour cette épreuve, éviterait-on le double écueil en demandant simplement aux concurrents un exposé écrit de leurs titres semblable à celui des candidats aux places vacantes dans les académies. Ce travail, fait dans le silence du cabinet, exposerait moins aux entraînements que suscite la parole, et permettrait, de la part des juges, une appréciation plus froide, partant plus impartiale des travaux des candidats.

— La lutte pour l'élection du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine a été des plus vives. Le nombre des fauteuils dont dispose la modeste salle de la rue des Saints-Pères a été insuffisant, et plusieurs académiciens ont dû attendre debout le moment du vote. Les suffrages exprimés ont atteint le chiffre de 91, chiffre le plus fort dont nous ayons gardé le souvenir. Presque jusqu'à la sortie de l'urne du dernier bulletin, le résultat est demeuré incertain et l'intérêt est allé en grandissant. Enfin, la victoire est restée à M. Bergeron, qui a eu deux voix de plus que son concurrent, M. Jaccoud.

Il est une circonstance qui, pour M. Bergeron, accroît le prix de cette victoire et lui donne, pour l'exercice de ses futures fonctions, une autorité supérieure à celle qui semblerait résulter de la majorité qu'il a obtenue : c'est que l'initiative de sa candidature appartient, non à lui, mais à un groupe considérable de ses collègues, et qu'il a été ainsi élevé à sa nouvelle dignité par les suffrages spontanés de ses pairs.

Dr F. DE RANSE.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le docteur Félix Barbrau, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de la Compagnie d'Orléans, ancien médecin des Forges de Commentry et des houillières de Bézenet, né à Marennes le 10 juillet 1827, est décédé à Commentry le 22 mars 1887.

Ses obsèques ont eu lieu le 24, en présence d'une nombreuse population.

Des discours ont été prononcés par le docteur Paul Fabre, au nom de la Société médicale de l'Allier et de la Société des sciences médicales de Gannat, et par M. Paunetier, ancien pharmacien, au nom des habitants et des employés du chemin de fer.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. le docteur Pérocbaud est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Ollive, appelé à d'autres fonctions.

SOUSCRIPTION pour un buste du professeur Jules BÉCLARD destiné à être placé sur sa tombe, à côté de celui de son père, P. Augustin BÉCLARD.

Les amis et les élèves de M. le professeur J. Béclard, désirant

perpétuer son souvenir par un hommage public et durable, ont eu la pensée de lui élever un buste, à côté de celui de son père, sur le monument funéraire qui les réunit. Dans ce but, ils ont constitué un Comité d'initiative composé de : MM. Laborde, chef des travaux physiologiques et du laboratoire de M. Béclard ; Galippe, ancien élève du laboratoire ; Mathias-Duval, professeur à la Faculté ; Brouardel, professeur à la Faculté et assesseur du doyen ; Lannelongue, professeur à la Faculté ; Caventon, trésorier à l'Académie de médecine ; Blanche, membre de l'Académie de médecine ; G. Masson, libraire-éditeur ; Pupin, secrétaire de la Faculté. Les souscriptions sont reçues par MM. Laborde, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine ; Mathias-Duval, au laboratoire de l'Ecole d'anthropologie ; Caventou, à l'Académie de médecine ; Pupin, au secrétariat de la Faculté ; Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 13 au samedi 19 mars 1887

Fièvre typhoïde 36. — Variole 7. — Rougeole 51 — Scarlatine 2. — Coqueluche 14. — Dipthérie, croup, 51 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 228. — Autres tuberculoses 21. — Tumeurs : Cancéreuses 53. — Autres 12. — Méningite 52. — Congestion et hémorr. cérébr. 43. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 7. — Maladies organiques du cœur 68. — Bronchite aiguë 38. — Bronchite chronique 53. — Broncho-pneumonie 30. — Pneumonie 97. — Gastro-entérite : Sein 21. — Biberon 34. — Autres 11. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 34. — Sénilité 31. — Suicides 17. — Autres morts violentes 11. — Autres causes de mort 197. — Causes inconnues 13. — Total de la semaine : 1.243 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Traitement de l'obésité et des troubles de la circulation (affaiblissement du cœur, compensation insuffisante dans les lésions valvulaires, cœur gras, troubles de la circulation pulmonaire, etc.), par M. J. Œrtel, prof. à l'Université de Munich, traduit sur la 3e édition par M. le Dr R. Calmettes. — Bruxelles et Paris, 1886.

Docteur Lewis A. Sayre, professeur de chirurgie orthopédique à l'hôpital Bellevue, à New-York. — *Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique*, traduites de l'anglais d'après la deuxième édition, par le docteur Henri Thorens, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de médecine de Paris. — Préface par le docteur Polaillon, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un volume, avec 274 fig. — Prix : 10 fr. — Paris, 1887, G. Steinheil, éditeur.

Quatre nouvelles ovariotomies et deux hystérectomies, l'une abdominale, l'autre totale vaginale, suivies de guérison, par M. le docteur A. Pognet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille. Brochure. — Lille, 1887, Cartiaux.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Roussey et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

BRONCHITE CAPILLAIRE CHEZ UN EMPHYSÉMATEUX; ASYSTOLIE, ASPHYXIE; HEUREUX EFFETS DE LA SAIGNÉE. — LITHIASE BILIAIRE, COLIQUES HÉPATIQUES PSEUDO-GASTRALGIQUES, ECTOPIE DU REIN, TUMEURS STERCORALES CHEZ UNE MÊME MALADE. — Leçon clinique de M. le professeur PETER, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

Messieurs,

Au numéro 32 de notre salle des hommes, je vous ai montré un malade dont l'état prouve la gravité que peut avoir la grippe dans certaines conditions.

C'est un homme de 42 ans qui, depuis trois ans, est atteint d'une bronchite chronique, sous l'influence de laquelle s'est produit de l'emphysème pulmonaire. L'emphysème, vous le savez, est une lésion consécutive soit au catarrhe des bronches, soit à l'asthme.

Cette bronchite chronique et cet emphysème ont déterminé une dilatation du cœur droit et des troubles de la circulation.

Actuellement, ce malade est atteint d'une bronchite capillaire aiguë qui, greffée sur l'emphysème, constitue une double cause de gêne de la respiration, de l'asystolie. Ce matin, nous avons vu le malade avec de la cyanose, signe de l'asphyxie.

En auscultant la région précordiale, on entend un souffle doux, indiquant de l'insuffisance mitrale, et un autre souffle à la pointe du sternum, indiquant de l'insuffisance tricuspide. Ce malade n'a pas de lésions des valvules, c'est une insuffisance fonctionnelle qui peut disparaître avec un traitement rationnel.

Hier, il présentait des symptômes graves d'asphyxie, et M. Siredey, mon chef de clinique, a eu l'idée de faire la saignée ; il a eu bien raison, et, en agissant ainsi, il a empêché le malade de mourir. Il l'a saigné en vue de soulager le cœur et de faire une révulsion sur la bronchite. Ce matin, le malade est moins oppressé.

Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer la saignée et même ses adversaires les plus obstinés y ont recours.

Nous avons complété le traitement en faisant appliquer sur chaque côté de la poitrine douze ventouses scarifiées, puis un vésicatoire.

Je dois insister, messieurs, sur ce fait de l'importance de la bronchite chez les tuberculeux, chez les cardiaques, chez les emphysémateux ; l'existence antérieure de ces affections constitue un vice rédhibitoire dont il faut tenir compte.

— Je me suis arrêté aussi près du lit d'une femme, couchée au numéro 12, ictérique, gastralgique, et présentant trois tumeurs de la région abdominale.

Quelle est la nature de cet ictère, de cette gastralgie, de ces tumeurs ? Il s'en faut de beaucoup que ces problèmes soient faciles à résoudre.

Le mot de gastralgie est une machine de guerre dirigée contre la doctrine de Broussais; Barras et Chomel y ont ajouté la dyspepsie. Broussais plaçait dans l'estomac le siège de son

FEUILLETON

LES ORIGINES MODERNES DE L'HYPNOTISME. — MESMÉRISME. — BRAIDISME. — SUGGESTION. — Conférence faite à la réunion de la Nouvelle-Gaule, par M. le docteur J.-P. DURAND DE GROS.

Des personnes qui, dans un esprit scientifique et philosophique, et sans préoccupation personnelle, observent avec intérêt le mouvement d'idées actuel vaguement désigné sous la dénomination d'*hypnotisme*, se sont émues des divergences d'opinion si profondes et si multiples qui divisent nos hypnotistes les plus autorisés, les maîtres reconnus de la nouvelle science ; elles ont redouté que cette confusion des langues et des doctrines n'aboutit bientôt à la dispersion des architectes et des ouvriers de l'édifice en construction, c'est-à-dire à un avortement qui serait une réédition très augmentée de celui de 1860, auquel le célèbre Broca a attaché son nom.

Alors, on a été se ressouvenir de celui qui, le premier, il y a trente-quatre ans, importa en France les expériences de Braid et celles non moins curieuses des électrobiologistes américains ; qui, cinq ans plus tard, faisait à Paris un cours de braidisme, et qui est l'auteur de plusieurs ouvrages sur la matière, généralement réputés sérieux. On s'est imaginé que ce doyen de l'hypnotisme, s'il vivait encore, pourrait apporter quelque lumière dans le débat et contribuer à amener l'accord désiré, et si désirable, sur les principales questions en litige.

On a donc cherché et découvert ma retraite, et l'on m'a écrit pour me déclarer que, sauf le cas où je serais mort, mon devoir était de me rendre à Paris pour m'y faire entendre.

Vous le voyez, je n'ai pas décliné l'honneur de cette invitation, et vous jugerez qu'en cela j'ai peut être fait l'acte d'un présomptueux. Cependant je ne mérite pas un tel reproche, et je tiens à m'en laver à vos yeux sur-le-champ.

Loin, bien loin de moi la pensée de venir ici faire la leçon aux maîtres éminents de la Salpêtrière, de Nancy, ou d'ailleurs ; non, ce n'est pas, à vrai dire, une leçon que je viens leur faire, c'est un témoignage que je viens leur apporter en ma qualité de témoin et

irritation; Beau attribuait à la dyspepsie un grand nombre de maladies, et aujourd'hui M. Bouchard fait de l'estomac le point de départ d'un grand nombre de troubles morbides.

La gastralgie est plus rare qu'on ne le croit, en dehors de la chlorose, de la chloro-anémie et de certains états nerveux; c'est un symptôme qui, méconnu, peut amener des erreurs déplorables.

La gastralgie est quelquefois le symptôme de l'hypérémie de la muqueuse de l'estomac, laquelle aboutit à la phlegmasie, puis à l'ulcération. Elle est souvent méconnue, et j'ai vu un malade de Trousseau qui mourut après avoir souffert de gastralgie pendant vingt-cinq ans, et chez lequel on trouva une ulcération.

Pour en revenir à notre cas, cette femme est gastralgique depuis un an; mais elle n'est gastralgique que d'occasion; en effet, elle ne souffre de l'estomac que deux ou trois heures après les repas. Cette gastralgie est certainement symptomatique, car s'il y avait inflammation de la muqueuse stomacale, elle souffrirait aussitôt après le repas, au contact des aliments avec la muqueuse enflammée. Dans la gastralgie nerveuse et chez les chlorotiques, la douleur se produit dès que les aliments sont ingérés. Dans la gastralgie simple, la douleur cesse dès que l'aliment a quitté l'estomac.

Ce n'est pas ce que l'on observe chez notre malade: elle ne voit apparaître la douleur que deux ou trois heures après le repas, et cette douleur dure deux jours, trois jours, quatre jours, puis disparaît, et la malade peut manger pendant plusieurs jours sans la voir reparaître.

Ce n'est donc pas de la gastralgie, c'est de la colique hépatique pseudo-gastralgique, car les douleurs se produisent au deuxième acte de la digestion, au moment où les aliments arrivent dans l'intestin grêle.

Ce ne sont pas des calculs qui produisent cette douleur, mais une poussière calculeuse. Vous verrez, en effet, de ces coliques pseudo-gastralgiques sans ictère, parce que la boue biliaire est bien irritante, mais n'obstrue pas le canal cholédoque; donc, pas d'ictère.

Mais, au bout d'un certain temps, tout à coup survient une crise plus douloureuse, plus intense, et apparaît l'ictère. C'est le cas chez notre malade: elle n'est ictérique que depuis le mois de novembre. Si, à un moment donné, cette poussière se concrète, s'agglutine, il se forme un calcul; c'est un phénomène contingent.

La colique hépatique, qui s'est accompagnée d'ictère, a été plus forte que les précédentes; il y a eu douleur dans l'hypochondre droit, selles décolorées, pigment biliaire dans l'urine. Donc, oblitération biliaire.

Il y a, à cet état de choses, des phénomènes consécutifs nécessaires: distension de la vésicule biliaire, augmentation de volume du foie, qui présente une matité sur une hauteur de 14 centimètres, alors que, normalement, elle n'est que de 9 centimètres.

Je reviens sur un symptôme très important de la colique hépatique, le vomissement. Il est rare qu'il ne se produise pas sous l'influence du passage de la poussière; c'est un vomissement douloureux, subit, qui apparaît deux à trois heures après le repas.

Le malade croit ordinairement à une indigestion, qu'il attribue à une poire, à une glace qu'il n'a pas digérée. C'est une erreur. L'indigestion n'est pas douloureuse, et ce qu'a eu le malade, c'est une colique hépatique, et il y a souvent ictère le lendemain.

Notre malade n'a pas eu de vomissements, c'est une particularité à relever.

En palpant cette malade, nous trouvons une tumeur située au-dessous du foie, légèrement mobile, un peu douloureuse. Était-ce la vésicule du fiel distendue et contenant des calculs? Nous pouvons répondre non, et voici nos raisons: lorsque la vésicule est distendue, la douleur est beaucoup plus vive; en second lieu, la vésicule distendue a une autre forme; enfin cette tumeur se déplaçait dans certains mouvements de la malade.

Quand la vésicule est distendue par des calculs, elle s'enflamme; il y a cholécystite, élévation de température. Il n'en était pas ainsi chez notre malade.

Cette tumeur a la configuration du rein; c'est un rein déplacé, un rein quelque peu flottant. L'ectopie du rein est assez fréquente chez la femme, surtout du côté droit, et quand la femme a été mère. On le comprend: le rein n'est guère maintenu que par les vaisseaux et du tissu conjonctif, et, chez la femme qui a été mère, les parois de l'abdomen relâchées ne maintiennent plus régulièrement le rein.

Cette ectopie est une lésion topographique; mais elle est,

---

d'acteur d'un passé trop oublié, qu'ils ne connaissent que d'après des documents incomplets et inexacts, et qu'il est, à mon avis, indispensable de connaître nettement et à fond pour résoudre les difficultés présentes. En effet, si les esprits s'agitent comme en un dédale, en prenant des sentiers divers sans réussir à trouver l'issue, c'est qu'ils manquent d'un fil conducteur, c'est-à-dire de la vraie méthode, et c'est l'histoire critique des origines de l'hypnotisme qui pourra le leur fournir.

Où, quand et comment a pris naissance l'hypnotisme? Un adepte du mesmérisme, un « magnétiseur » français, étant en tournée en Angleterre (c'était en 1843), y fait la rencontre d'un médecin sceptique, mais d'un scepticisme sincère, et observateur d'une remarquable sagacité. Le chirurgien Braid, ayant vu opérer La Fontaine (c'était le nom du magnétiseur), se rend à la réalité des phénomènes qu'il croyait jusque-là être des simulations, des impostures, mais il se refuse à admettre la théorie mesmérienne.

On sait que cette théorie professe que l'opérateur agit sur son sujet par l'émission d'une force analogue à l'électricité ou au magnétisme, et qui pour cette raison fut nommée *magnétisme animal*. Braid repousse une telle hypothèse et croit deviner que les effets du prétendu magnétisme humain ont une cause tout autre et résultent entièrement de la fatigue cérébrale qu'éprouve le magnétisé à la suite d'une fixation prolongée de ses regards sur ceux du magnétiseur. Voulant vérifier cette conjecture, Braid institue des expériences dans ce but, et il se convainc qu'en faisant attacher la vue et l'attention d'une personne sur un point de mire quelconque, et sans aucune autre intervention de sa part, sans aucune manœuvre de l'opérateur, les effets caractéristiques de l'action mesmérienne se produisent, jusqu'au sommeil, au somnambulisme, à l'anesthésie, et sans en excepter la disparition de certains états morbides.

Assurément, Braid venait de faire une trouvaille scientifique d'une rare valeur en rencontrant ce procédé si simple qui permettait de suppléer aux longues manipulations des magnétiseurs, et qui n'impliquait pas la mystérieuse intervention d'une force hypothétique. Mais cette incontestable et grande découverte infirmait-elle véritablement la doctrine de Mesmer? Le mesmérisme ne venait-il pas plutôt de trouver un succédané et un complément dans le braidisme?

Braid, qui était un savant de bonne foi, ne tarda pas à incliner

pour la femme, l'occasion de douleurs, et pour le médecin l'occasion d'erreurs de diagnostic.

On est souvent appelé pour une tumeur abdominale, découverte par la malade, qui demande à en être guérie. J'ai vu tout récemment, chez une jeune femme, une tumeur de cette nature qui a été l'occasion d'une erreur de ma part. Et, cependant, je connais l'ectopie du rein, car l'article sur ce sujet, que vous pouvez lire dans les *Leçons cliniques de Trousseau*, a été écrit par Trousseau et par moi.

Je diagnostiquai chez cette malade une colique néphrétique; j'y étais autorisé par le siége et la nature de la douleur, et je ne puis me repentir de cette erreur, car elle était inévitable. J'avais prévenu que l'on trouverait le corps du délit dans les urines, et on n'y trouva rien. Les douleurs continuèrent, augmentant au moment des époques, et ce n'est qu'après un certain temps que je pus m'assurer d'un déplacement du rein.

Une colique néphrétique n'a pas une durée si longue, à moins d'un calcul oblitérant le bassinet, et c'est ce que j'avais cru. Outre que le traitement a confirmé le diagnostic du déplacement du rein, la malade me raconta, mais seulement deux mois après, qu'un jour de verglas elle était tombée sur les reins en descendant les escaliers de sa cour.

Parlant de ce fait à M. le docteur Guyon, il me dit en avoir vu des exemples.

Comment ces douleurs se produisent-elles si fortes, si intenses? Ce fait est dû à l'apparition des règles. Une légère congestion du rein accompagne toujours la congestion cataméniale; il y a congestion, non seulement des organes génitaux, mais des organes génito-urinaires, et c'est à ce moment que l'ectopie rénale devient douloureuse. C'est un fait à ne pas oublier.

Chez notre malade, il y a donc deux tumeurs abdominales; mais, de plus, nous en trouvons plusieurs autres dans la fosse iliaque gauche, lesquelles sont produites par la présence de matières fécales.

Ce diagnostic, pour ces dernières, n'est pas aussi facile qu'il en a l'air. On est souvent appelé pour une tumeur douloureuse de la fosse iliaque, accompagnée quelquefois de phénomènes inflammatoires. On peut être trompé, car le malade dit aller à la garde-robe; mais il n'y va que par regorgement, comme urinent certains malades.

Ces matières fécales irritent l'intestin et déterminent une inflammation de la partie descendante du colon. Si on a affaire à un individu de plus de 50 ans, si on le voit amaigri, on peut supposer une tumeur cancéreuse, d'autant plus qu'il y a souvent expulsion de glaires sanguinolentes.

J'ai vu une erreur de ce genre, et je puis vous en citer une qui est presque légendaire. Un médecin de l'Hôtel-Dieu est appelé près d'un malade chez lequel il diagnostique un cancer de l'S iliaque et porte un pronostic très défavorable. La famille éplorée fait venir Trousseau, qui suppose une stagnation de matières fécales et fait prendre au malade un purgatif énergique qui détermine une défécation très abondante.

A propos de tumeur abdominale, je crois intéressant, messieurs, de vous citer un autre cas qui a donné lieu à une erreur de diagnostic. Un malade était atteint d'une gastralgie apparaissant deux à trois heures après les repas et d'autres symptômes qui me firent admettre une colique hépatique pseudo-gastralgique sans ictère. Le malade partit pour Cannes, et alors l'ictère se produisit. Un médecin anglais, ayant exercé dans l'Inde et très au fait des affections abdominales, diagnostiqua un cancer du pancréas. Il avait raison; la dyspepsie dont souffrait le malade pouvait être une dyspepsie par maladie du pancréas, parce que le liquide pancréatique n'apparaît qu'au deuxième acte de la digestion.

Le malade revint à Paris, et alors je pus confirmer le diagnostic de cancer, et j'estimai que la production de l'ictère était due à une compression par des ganglions cancéreux. Je fus seul de cet avis; mes autres confrères conclurent à la nécessité d'une opération qui fut faite et démontra l'existence du cancer du pancréas.

Voilà donc encore une erreur de diagnostic presque fatale, et il fallait l'habileté toute particulière du médecin anglais pour l'éviter.

J'ai l'habitude de dire que le cancer du pancréas est souvent méconnu, et que, lorsqu'on se trouve en présence de dyspepsies ne dépendant ni de l'estomac ni du foie, il faut penser au pancréas. J'ai eu le tort de n'y pas penser.

Ceci prouve que le diagnostic des affections abdominales n'est pas encore parfait; l'abdomen attend encore son Laënnec.

Je vous dirai quelques mots du traitement de la lithiase biliaire et de l'ectopie.

Quand il y a inflammation, il faut d'abord faire la révulsion

---

vers cette dernière opinion, à laquelle il avait été d'abord si contraire, et il fit l'aveu que son procédé ne pouvait produire tout ce que produit le mesmérisme, et qu'il y a probablement dans ce dernier autre chose que la concentration du regard et de l'attention.

Tel est aussi mon avis, et ce sera également celui de quiconque se sera donné la peine de soumettre la question à un examen consciencieux. Cette conclusion a du reste pour elle l'homme qui possède actuellement la plus grande notoriété et la plus grande autorité comme praticien du braidisme médical, le docteur Liébault (de Nancy); son opuscule, publié en 1883 sous le titre suffisamment significatif de *Zoomagnétisme*, ne peut laisser subsister aucun doute sur son sentiment à cet égard; cet écrit est une collection d'observations nombreuses relatives à de jeunes enfants de moins de trois ans qu'il avait traités, presque toujours avec un plein succès, en employant les seules manœuvres des magnétiseurs, le braidisme étant, on le conçoit, inapplicable dans l'espèce.

Nous tiendrons donc que la méthode de Braid, qui a été précédée par le mesmérisme, n'est pas venue abolir celui-ci, ni même l'expliquer, mais s'y ajouter; que chacune de ces deux méthodes a son identité propre, et qu'elles devront constituer pour nous deux objets d'étude et deux moyens d'action distincts.

A la découverte de Mesmer et à celle de James Braid, il vint bientôt s'en ajouter une troisième qui est d'un caractère tellement prodigieux qu'elle en fait pâlir les deux autres; il s'agit des propriétés physiologiques de la « suggestion ».

Quel fut cette fois l'heureux inventeur? On croit généralement que ce fut encore Braid; mais c'est là en grande partie une erreur. Si on avait lu les écrits du chirurgien de Manchester avec l'attention que devait commander l'estime que l'on professe pour l'auteur, on y aurait vu que non seulement il n'a point revendiqué l'honneur de cette découverte, mais qu'il s'en est au contraire énergiquement défendu. Ses expériences lui avaient fait des envieux, à ce qu'il semble; forcés de convenir qu'il avait su suppléer à l'entier manuel opératoire des magnétiseurs par un autre moyen tout différent et d'une merveilleuse simplicité, certains critiques essayèrent d'établir qu'en ceci il n'avait rien inventé, et que, s'il endormait et somnambulisait sans le prétendu magnétisme, c'est qu'il opérait à la façon de l'abbé Faria, et suivant les théories d'Alexandre Bertrand, c'est-à-dire dit en agissant sur l'imagination. Il n'était donc pas

au moyen d'un vésicatoire et calmer la douleur au moyen d'injections de morphine.

Voilà le traitement de la colique. Quant au traitement de la lithiase, il faut employer les alcalins, l'eau de Vichy, et y joindre le lait. Puis il faut soigner l'hygiène alimentaire et l'hygiène de l'exercice. Les femmes ont souvent de la lithiase, parce que ce sont des sédentaires; il faut brûler les matières hydro-carbonées.

Souvent aussi la bile devient de mauvaise qualité, par suite de chagrins, de peines; il faut soigner l'hygiène morale.

Quant à l'ectopie, un seul traitement toujours efficace : la contention. On la fait au moyen d'un corset abdominal pouvant être serré et desserré à volonté, et muni de sous-cuisses qui le maintiennent. Ne le faites pas faire par un fabricant d'instruments de chirurgie; adressez-vous simplement à une bonne couturière.

Ce corset doit être muni, au niveau du rein déplacé, d'un coussin de peau rempli de ouate, qui maintient le rein et supprime les douleurs. Le coussin ne doit pas être fixé d'une manière invariable, de telle sorte que l'on puisse le déplacer suivant la position du rein.

Telles sont, messieurs, les particularités intéressantes que j'ai cru devoir vous signaler à propos de ces deux malades de notre service.

PHYSIOLOGIE

Expériences sur les mouvements rythmiques du cœur, par MM. Germain Sée et E. Gley.

Deux opinions principales ont été émises sur les causes des contractions rythmiques du cœur; ou bien, comme M. Brown-Séquard, dès l'année 1853, et plus tard MM. Ranvier, Marey, Bowditch, on a soutenu que les mouvements du cœur ont lieu avec toute la régularité de leur rythme, sans que le système nerveux intervienne pour leur production; ou bien on a soumis les contractions cardiaques à l'influence du système nerveux, et surtout des ganglions nerveux qui sont disséminés dans les parois mêmes du muscle cardiaque; mais la plupart des physiologistes considèrent aujourd'hui ces ganglions non plus comme des organes producteurs du mouvement rythmique, mais comme des organes d'entretien et de régulation pour cette fonction rythmique, attribuée en propre à la fibre musculaire. Voici maintenant un travail de MM. Kronecker et Schmey (1) qui a passé inaperçu, malgré trois ans de date, et qui pose la question à un autre point de vue. Ces deux physiologistes ont en effet cherché à montrer qu'il existe à la limite inférieure du tiers supérieur du sillon interventriculaire antérieur, dans le cœur du chien, un point d'entrecroisement des voies d'innervation, dont ils font un centre de coordination pour les mouvements des ventricules.

La question nous a paru assez importante pour mériter de nouvelles recherches, aussi précises que possible.

Nos expériences, au nombre de trente, dont les premières remontent au mois de juillet 1886, ont été faites sur le chien, profondément curarisé ou bien chloralisé et curarisé, les deux nerfs vago-sympathiques ayant été ou non sectionnés, et la respiration artificielle étant convenablement établie. La poitrine de l'animal était ouverte et le péricarde fendu de bas en haut. Dans ces conditions, si l'on enfonce une aiguille au point indiqué par les deux physiologistes allemands, on constate qu'il se produit *immédiatement* des contractions très intenses des ventricules, mais tout à fait irrégulières, désordonnées, comme ataxiques, qui s'affaiblissent très vite, en se transformant en oscillations ou trémulations fibrillaires; celles-ci cessent bientôt, en même temps que les ventricules se dilatent et que les oreillettes continuent à battre rythmiquement. Dès que les trémulations ventriculaires ont commencé, le pouls artériel disparaît, la pression du sang dans les artères tombe à zéro, et désormais on ne peut plus par aucun moyen rétablir la fonction rythmique des ventricules. L'expérience réalisée de cette manière n'a cependant réussi qu'un très petit nombre de fois (3 fois sur 14) : ce qui prouve sans doute que le centre nerveux dont il s'agit est mal déterminé anatomiquement et très limité.

Étant donnée cette difficulté d'obtenir par l'excitation mécanique un résultat constant, nous avons eu recours aux excitations électriques. Ce n'est pas que l'action des courants de pile et des courants induits sur les mouvements des ventricules n'ait déjà été bien établie par MM. Panum, Ludwig et

(1) *Das Coordinationscentrum der Herzkammerbewegungen* (Académie des sciences de Vienne, 1884).

inventeur, mais imitateur; on prononça même le mot de *plagiaire*.

Braid se révolta; et sait-on comment il répondit? En soutenant avec une grande vivacité que, tandis que Faria et Bertrand employaient ou préconisaient un mode d'action d'ordre « mental », lui, James Braid, n'emploie au contraire qu'une action purement « physique ». Ceci se trouve en toutes lettres dans la première publication de Braid sur l'hypnotisme, intitulée *Neurypnology*.

Toutefois, comme l'esprit de Braid était toujours ouvert à la vérité, et qu'il ne l'aimait pas seulement à la condition d'en avoir la primeur, les diatribes de ses zoïles l'amenèrent à réfléchir sur les réactions physiologiques de certains états de la pensée. Engagé dans cette nouvelle voie, il y recueillait bientôt une observation intéressante et dont la haute signification ne pouvait lui échapper. Il observait que, s'il faisait prendre à ses hypnotisés une attitude expressive particulière, il réveillait aussitôt dans leur esprit les sentiments, les émotions, les passions que cette même attitude exprime. Ainsi, il suffisait de fermer le poing et ployer le bras à un sujet pour qu'aussitôt il fût pris de colère et voulut se livrer au pugilat. Braid expliqua ce phénomène par ce qu'il appelait l' « association des idées ».

Il en était là quand arrivèrent d'outre-mer les soi-disant *électro-biologistes* Yankees. Ceux-ci pratiquaient la suggestion systématiquement par voie d'affirmation verbale, et opéraient sur des individus en état de veille complet. Braid s'intéressa naturellement à ces nouveaux faits, et il les analysa dans un ouvrage ayant pour titre *Magie, sorcellerie, magnétisme animal, hypnotisme et électrobiologie*. Néanmoins, une chose qu'il importe beaucoup de remarquer pour l'histoire de l'hypnotisme, c'est que, malgré l'importance qu'il dut entrevoir dans la suggestion, dont tous les prodiges venaient de lui être expérimentalement démontrés par les Américains, il n'en fit lui-même aucune application pratique, et continua de s'en tenir à son procédé de tension visuelle pour la production du sommeil artificiel et le traitement hypnotique des maladies.

Le père du suggestionnisme américain fut un certain Grimes; son nom est à peu près tout ce que nous savons de lui. Ajoutons qu'il préconisait sa méthode comme moyen anesthénique et curatif. J'ai eu l'honneur, comme je l'ai déjà dit, d'introduire cette méthode sur notre continent au commencement de l'année 1853.

Du bref exposé qui précède, il résulte que l'histoire de l'hypnotisme nous montre cet art évoluant à travers trois périodes nette-

Hoffa, Einbrodt, Wooldridge, Tigerstedt, et surtout par M. Vulpian (1874). Mais il s'agissait d'étudier l'action électrique sur le point du cœur que nous considérons. Or, nous avons vu que la faradisation de ce point, avec un courant de moyenne intensité, détermine les trémulations ventriculaires si caractéristiques, que les nerfs pneumogastriques ou modérateurs du cœur aient été ou non sectionnés ou bien paralysés ou non par l'atropine. Si l'intensité de l'excitation varie, les résultats ne sont plus les mêmes. En effet, nous avons constaté que, si l'on diminue la fréquence des chocs d'induction (jusqu'à 9 ou 10 par seconde), l'intensité du courant restant la même, on bien si inversement, on diminue l'intensité du courant, sans faire varier la fréquence des excitations, on détermine une très grande accélération des contractions cardiaques, qui cesse en général immédiatement dès qu'on interrompt la faradisation. Si alors, les électrodes étant replacées au même point, on augmente soit la fréquence des excitations, soit la force du courant, on voit se produire les trémulations des ventricules.

Ce n'est pas seulement à la suite de l'électrisation du tiers supérieur de la cloison ventriculaire que nous avons observé ces phénomènes : c'est aussi par l'excitation, dans les mêmes conditions, du tiers moyen et du tiers supérieur, et même des parois des ventricules. Faut-il attribuer ces effets à la diffusion du courant jusqu'au point nerveux dont nous avons parlé, qui serait ainsi une sorte de *nœud vital* du cœur? Pour diverses raisons expérimentales, cette manière de voir ne nous paraît pas admissible.

Les résultats acquis ne nous autorisent même pas à considérer comme démontrée l'existence d'un centre coordinateur des mouvements du cœur. Qu'il y ait, au point de la cloison ventriculaire que nous avons indiqué, une sorte de nœud vital du cœur, en ce sens que, une fois ce point lésé, les ventricules, animés seulement de tremblements violents, perdent très vite leur puissance fonctionnelle, cela n'est pas douteux ; il est clair, étant donné l'effet singulier d'une simple piqûre en cet endroit, qu'il se trouve en ce point un groupe de cellules nerveuses. Mais ce que nous croyons être encore incertain, c'est la nature fonctionnelle de ce centre. Il est possible, en effet, qu'une excitation mécanique ou électrique en ce point, en déterminant des contractions extrêmement rapprochées et désordonnées, épuise très vite et complètement l'irritabilité du muscle lui-même, de telle façon que ce muscle ne soit plus capable de recouvrer sa fonction. Ce qui semblerait indiquer que ce phénomène se ramène peut-être à une action accélératrice, c'est-à-dire tonique, exagérée, c'est la production, dans certaines conditions, d'une accélération des battements cardiaques, qui aboutit, plusieurs tracés nous l'ont démontré, aux trémulations décrites, pour peu que l'on augmente l'intensité du courant. Qu'on remarque, d'ailleurs, que ces contractions ondulatoires semblent constituer la seule forme de tétanos que puissent prendre les muscles à mouvements rythmiques. Nous sommes donc en droit de nous demander si les oscillations ventriculaires ne dépendent pas d'un trouble apporté à la fois dans les éléments nerveux et dans les éléments musculaires du cœur. Des expériences en voie d'exécution nous permettront peut-être de trancher la question.

Au point de vue médical, ces recherches ne laissent pas de présenter un réel intérêt. L'observation clinique et l'anatomie pathologique, en effet, avaient montré à l'un de nous que la maladie appelée *angine de poitrine* est due à une oblitération des artères nourricières du cœur ou artères coronaires. Or, par l'injection de poudre inerte dans ces artères ou par la ligature de l'une d'elles (1), on produit des trémulations identiques à celles que nous venons d'étudier. Il est donc permis de supposer que si, par suite de l'oblitération d'une artère coronaire, il y a irritation des amas de cellules nerveuses placées dans la cloison interventriculaire, les contractions des ventricules déjà troublées peuvent se transformer en ces oscillations désordonnées, pour ainsi dire folles, devenant rapidement mortelles. Il nous semble, en tout cas, que le mécanisme de l'angine de poitrine peut être singulièrement éclairé par la connaissance exacte de tous ces faits relatifs au nœud vital du cœur.

REVUE CRITIQUE

De la dermatologie en France et à l'étranger a propos du livre de M. Hardy et de quelques autres ouvrages récents.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

Les médecins actuels de Saint Louis, MM. Vidal, Besnier,

(1) G. Sée, Bochefontaine et Roussy, *Arrêt rapide des contractions rythmiques des ventricules cardiaques sous l'influence de l'occlusion des artères coronaires* (Comptes rendus, 10 janvier 1881).

ment accusées, et marquées par l'acquisition de trois systèmes d'organes correspondants, dont la réunion constituera finalement un organisme total et parfait.

Pour posséder une entière connaissance de cet organisme, de manière à en obtenir un bon fonctionnement et tout le travail utile qu'il comporte, il faut distinguer avec précision ses parties constitutives, les connaître individuellement dans leur nature propre, et déterminer les rapports de coordination qui les relient mutuellement dans l'ensemble.

Or, nous remarquerons tout d'abord que le mesmérisme et l'hypnotisme braidique peuvent exister isolément, dans une entière indépendance ; mais qu'il en est tout autrement de la suggestion : celle ci est comme la superstructure d'un édifice, qui suppose nécessairement des fondations, et qui ne peut tenir debout sans elles. Cependant certains de nos hypnotistes les plus instruits et les plus intelligents soutiennent que la suggestion est l'alpha et l'oméga de l'art, qu'elle est tout, en un mot, et qu'il n'est rien en dehors d'elle.

Cette prétention est évidemment excessive. En effet, pour suggestionner quelqu'un, ne faut-il pas l'avoir rendu d'abord suggestionnable, c'est-à-dire l'avoir disposé, soit à l'aide des passes mesmériques, soit au moyen du procédé aspectif de Braid, à subir l'empire de l'idée suggérée ? Il y a donc, avant la suggestion et au-dessous d'elle, quelque chose qui n'est pas elle ; et ce quelque chose, c'est l'opération mesmérique ou braidique, qui doit créer dans l'individu l'état préalable de *suggestionnabilité*.

Dans le langage de nos théories, j'appelle cette disposition préliminaire du nom *d'hypotaxie*, et les agents qui la produisent, des *hypotaxiques*. J'appelle, d'autre part, *idéoplastie*, l'art d'appliquer la suggestion.

(A suivre.)

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Blarez, agrégé, est nommé professeur de chimie.

Ecole de médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira le 15 novembre 1887 devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Caen.

Fournier, nous ont donné d'importantes monographies. Mais on manquait encore d'un Traité *ex professo*, d'un livre magistral, car Bazin n'a guère publié ou laissé publier que des recueils de leçons cliniques (1). Et, cependant, son œuvre formerait un ensemble, mais un ensemble passible d'une critique essentielle au point de vue dogmatique. En effet, Bazin a singulièrement multiplié les affections de la peau, il les a morcelées comme à plaisir.

C'est tout en jetant une grande lumière et surtout en voulant établir de l'ordre dans la dermatologie, qu'il a réussi à désagréger chaque maladie spéciale. Au lieu de simplifier la pathologie cutanée, il a multiplié par quatre chacune des lésions de la peau. Ainsi il décrivait un eczéma arthritique, un eczéma herpétique, un eczéma scrofuleux, un eczéma syphilitique. Il faisait de même pour le psorias, le pityriasis, l'herpès, etc. N'aurait-il pas été préférable de chercher à montrer par une étude générale quelles modifications impriment à une même dermatose les constitutions diverses dont un sujet peut être atteint ? Bazin aima mieux suivre une autre voie, plus longue, plus détournée, plus broussailleuse. Il visait à établir l'existence des diathèses qu'il admettait en montrant que, suivant les diverses constitutions, la même maladie (qu'il décrivait ainsi quatre fois) présente quelques légères différences. Il se noyait donc ou plutôt nous noyait dans les détails tout en cherchant à régulariser, à systématiser l'étude analytique à outrance des maladies de la peau où s'étaient déjà lancés ses prédécesseurs immédiats et la plupart de ses contemporains.

L'œuvre de Bazin a eu toutefois son utilité à son heure, elle a rendu de grands services en mettant l'ordre dans le désordre. Mais aujourd'hui il y a mieux à faire; aujourd'hui, il importe de simplifier par une synthèse sérieuse la dermatologie cutanée qui jusqu'ici semblait par trop à la plupart des médecins un domaine réservé, inaccessible à la foule de nos confrères. Il est urgent de montrer qu'il n'y a qu'une pathologie humaine à laquelle la dermatologie se rattache étroitement et dont elle peut et doit servir à augmenter les conquêtes, loin d'être une étude de luxe qu'on doit négliger sans crainte.

C'est à ce grand désidératum que répond le nouveau *Traité des maladies de la peau* de M. le professeur Hardy (2).

Après avoir, lui aussi, laissé paraître, sous forme de leçons cliniques, ses conférences célèbres et si suivies, conférences où il exposait si clairement et avec tant de précision les principaux résultats de son expérience (3), M. Hardy s'est décidé à condenser en un volume l'ensemble de sa doctrine.

La France a aujourd'hui son *Traité des maladies de la peau*, livre pratique par excellence.

Le professeur Alfred Hardy avait déjà à deux reprises proposé une classification des maladies de la peau. Tenant à étudier les affections cutanées, à la fois d'après leur nature et leurs causes, surtout d'après leurs causes, M. Hardy avait, dans ses leçons cliniques, rangé sous onze chefs les nombreuses variétés des maladies de la peau : macules et difformités (on y trouve réunis les éphélides, le vitiligo, le lentigo, les verrues et le molluscum); maladies accidentelles (érythème, zona, urticaire); éruptions artificielles (copahique, arsenicale, tartre stibié, croton tiglium, etc.); maladies parasitaires (gale, sycosis, herpès circiné, favus); fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, variole); éruptions symptomatiques (herpès labialis, taches rosées lenticulaires); dartres (eczéma, psoriasis, lichen, pityriasis) ; scrofulidee; syphilides; cancer et cancroïde; maladies exotiques.

En 1878, dans l'article PEAU du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* de Jaccoud, M. Hardy, tout en conservant onze classes de maladies de la peau, fit quelques modifications à son premier essai. Le chiffre restant le même, à la place des maladies accidentelles, il inscrit, dit M. Hillairet (1), « les maladies inflammatoires et consacre la cinquième classe aux maladies gangréneuses, la sixième aux congestions cutanées, la septième aux hémorrhagies de la peau, la huitième aux hyperémies, la neuvième aux névroses, la dixième aux affections fébriles, la onzième aux éruptions constitutionnelle, où se trouvent successivement placées les éruptions dartreuses, les scrofulides, les syphilides, les éruptions pellagreuses, les léproïdes et les affections cancéreuses. La classe des maladies exotiques est heureusement supprimée. »

Aujourd'hui, notre excellent maître réduit à 10 les classes des affections dermiques (2) en s'appuyant sur les considérations suivantes : « Tout en reconnaissant les progrès accomplis par Bazin en dermatologie, je n'ai pas cru devoir adopter sa manière de comprendre et d'étudier les maladies de la peau; outre que sa classification, fondée uniquement sur l'étiologie, me paraît reposer sur une base trop étroite, je lui reproche surtout d'avoir admis souvent des causes hypothétiques et d'avoir ainsi créé des divisions artificielles. A lui et à la plupart des médecins qui se sont occupés des maladies de la peau, je fais surtout le reproche d'avoir voulu isoler les maladies de la peau de la pathologie ordinaire, d'avoir créé pour elles une classification à part, une langue à part. Il est temps, il me semble, de proclamer que les maladies de la peau sont soumises aux mêmes lois pathologiques que les affections de tout autre appareil physiologique, et que le progrès doit être aujourd'hui de les placer dans une classification naturelle applicable à tous les états morbides, quel que soit leur siége.

» Aussi, ajoute M. Hardy, je crois qu'il est sage, dans l'état actuel de la science, et après tous les efforts tentés dans ces derniers temps pour rapporter les maladies de la peau, soit à des causes externes et accidentelles, soit à des maladies générales dont elles ne sont que les manifestations extérieures,

(1) Un des élèves de Bazin, le docteur Baudot, a publié en 1869 un *Traité des affections de la peau* d'après ses leçons et sa doctrine; mais ce n'est pas l'œuvre directe du maître.

(2) *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*. Un fort vol. in-8, cartonné, de 1228 pages.— Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

(3) En trois volumes publiés par Pihan-Dufeillay, Lefeuvre et Moysant.

(1) *Traité des maladies de la peau*, p. 205. — Sur le premier volume du livre de MM. Hillairet et Gaucher, qui renferme un examen critique très complet des diverses classifications dermatologiques proposées jusqu'à ce jour, nous renvoyons nos lecteurs à l'article bibliographique que lui a consacré ici même la plume si compétente de M. Balzer (GAZ. MÉDICALE, 1886, p. 211).

(2) A ceux qu'intéresse cette question des classifications des maladies cutanées, nous indiquerons le travail que M. le docteur Armand Rizat a publié en 1884 (Paris, O. Doin) sous ce titre: *Etude sur les classifications des maladies de la peau, Etiologie et pathogénie de quelques dermatoses*. M. Rizat s'est spécialement attaché à comparer entre elles les quatre plus récentes classifications : celles de Duncan Bulkley, d'Auspitz, d'Hillairet et de Schwimmer.

soit aux seules lésions anatomo-pathologiques, de se servir de la classification adoptée pour toutes les autres maladies, et de ne pas créer de cadres dermatologiques purs. D'après cette opinion, opposée autant que possible à la spécialité, je pense qu'on peut ranger toutes les maladies de la peau dans dix classes. »

De ces dix classes admises par M. Hardy, en voici l'énumération : 1° Les difformités; 2° les maladies inflammatoires de la peau; 3° les maladies parasitaires; 4° les maladies infectieuses; 5° les congestions cutanées; 6° les hémorrhagies de la peau; 7° les hypercrinies cutanées, on flux; 8° les névroses de la peau; 9° les affections cutanées fébriles; 10° les éruptions constitutionnelles.

Pour justifier cette classification, M. Hardy expose que d'abord « elle fait rentrer les affections cutanées dans le cadre de la pathologie ordinaire, et elle rompt avec les idées de spécialité trop longtemps professées; mais surtout elle a le mérite de réunir dans les mêmes classes des éruptions qui ont des origines analogues, qui présentent des symptômes communs et qui réclament le même ordre de moyens thérapeutiques. D'après le système de classification de Willan, on arrive certainement, à l'aide des caractères extérieurs, à reconnaître une maladie de la peau, à la dénommer, comme on parvient à nommer une plante ou un animal en histoire naturelle. Mais cette connaissance du nom de la maladie ne sert à rien pour éclairer le médecin sur la nature de l'éruption, sur sa gravité et sur le traitement qu'elle réclame; tandis qu'en considérant les maladies cutanées d'après leur nature, par cela seul qu'on sait que telle affection appartient à une classe déterminée, on a déjà une idée de son mode d'origine, de son pronostic, et l'on possède une indication générale du genre de traitement qui lui convient. »

Ainsi que le fait parfaitement ressortir M. Hardy, pour la plupart des médecins non dermatologistes, l'essentiel est de distinguer les caractères principaux d'une éruption pour savoir dans quelle grande classe naturelle doit être placée la maladie qu'ils ont sous les yeux et pour pouvoir diriger contre elle le traitement qui lui convient. Peu importe, dans la pratique, ajoute M. Hardy, qu'on ait affaire à un lichen ou à un eczéma, à une syphilide papuleuse ou à une roséole; la chose importante est de savoir que dans un cas il s'agit d'une éruption dartreuse; dans l'autre, d'une maladie syphilitique. Ce diagnostic de nature entraîne par lui-même l'indication du traitement rationnel et efficace qu'on doit appliquer.

Est il besoin de regretter dans le livre de M. Hardy l'absence de l'histoire de la *gangrène symétrique des extrémités*, et des grandes fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, variole)? Ces omissions, évidemment volontaires, au moins pour les fièvres exanthématiques, se justifient par l'habitude qu'ont les traités de pathologie interne de donner de ces exanthèmes une description détaillée. (Tont en les admettant dans sa classification, Hillairet avait aussi déclaré qu'il ne les décrirait pas dans son livre).

Concentrant en un seul volume les trésors d'expérience acquis par une pratique de plus de vingt ans à l'hôpital Saint-Louis, le livre de M. Hardy rendra d'immenses services aux médecins français, dont la plupart ont une ignorance à peu près complète des maladies de la peau. Combien encore aujourd'hui méconnaissent un psoriasis, un lupus, etc.! Qu'ils lisent donc et méditent, et consultent souvent ce nouveau traité! Ils ne pourront qu'en tirer grand profit. Car maintenant la France, au point de vue de la dermatologie, n'aura plus rien à envier aux autres nations. Nous possédons un beau traité fait de main de maître.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

Suite. — Voir le numéro précédent.

III. De l'action de quelques substances médicamenteuses sur les mouvements de l'estomac, par Schütz (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak.*, t. XXI, fasc. 5 et 6, p. 341, 1886). — IV. Sur un nouveau produit tiré de l'opium, présentant les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la narcéine, par J.-V. Laborde (La Tribune médicale, 13 mars 1887, p. 122). — V. Le traitement de la chlorose par le soufre, par les professeurs H. Schulz et P. Strübing (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 2, p. 24). — VI. Sur la valeur thérapeutique du borate de quinine amorphe, par le docteur Hagen (*Zeitschrift für klin. Medicin*, t. XII, fasc. 3, p. 265, 1887). — VII. Sur la résorption des médicaments contenus dans des pommades préparées avec la lanoline, par le docteur P. Guttmann (*Ibidem*, p. 276).

III. Schutz, en collaboration avec Hofmeister, avait déjà publié les résultats d'une première série de recherches expérimentales ayant eu pour objet l'étude de l'action de certaines substances médicamenteuses sur les mouvements de l'estomac. Nous avons donné ici même (Gazette médicale, 1885, n° 42, p. 500), une analyse de ce mémoire. Voici les résultats d'une nouvelle série d'expériences continuées dans cette même voie; ils présentent de l'intérêt au point de vue de la pratique, étant donné le rôle considérable qu'on tend à faire jouer aux troubles de l'innervation motrice de l'estomac, dans la pathogénie d'un grand nombre d'affections.

1° Se comportent comme des excitants des centres auto-moteurs de l'estomac, en provoquant des mouvements spontanés plus actifs et d'un caractère atypique: l'émétine, le tartre stibié, l'apomorphine, et à un moindre degré la strychnine, la caféine, la vératrine, le chlorure de baryum, la nicotine et la pilocarpine à petites doses;

2° La muscarine se comporte comme un excitant des ramifications terminales des nerfs en provoquant des contractions généralisées de l'estomac;

3° Produisent un accroissement de l'excitabilité des plans musculaires de l'estomac, de telle sorte que cet organe est à un moment donné agité par des contractions généralisées et prolongées: la physostigmine, la digitaline, la scillaïne, l'helléborëine;

4° Une paralysation des centres auto-moteurs n'a été observée avec aucune des substances expérimentées. Le chloral, l'uréthane, la morphine, le pyrophosphate de zinc, l'arsenic, ainsi que la nicotine et la pilocarpine à fortes doses, ont produit un affaiblissement des contractions de l'estomac;

5° La paralysation des ramifications terminales des nerfs n'a été obtenue qu'avec l'atropine. Les vapeurs d'éther et de chloroforme suppriment l'excitabilité de tout l'appareil d'innervation, mais seulement pendant le temps que l'estomac est

exposé à l'action directe de ces vapeurs. Pendant le sommeil anesthésique, les mouvements de l'estomac ne sont pas influencés.

IV. Deux difficultés majeures, fait remarquer M. Laborde, se sont opposées jusqu'ici à la vulgarisation thérapeutique de la narcéine : le prix élevé du médicament obtenu à l'état parfaitement pur, et sa faible solubilité qui fait qu'il est presque impossible de l'administrer par la voie hypodermique. Or, M. Laborde annonce qu'il a découvert un nouveau mode d'extraction de la narcéine, qui permet d'obtenir ce produit sans trace appréciable de morphine et d'aucun autre alcaloïde de la série toxique et convulsivante; tout au plus renferme-t-il en proportions négligeables de la laudanine et de la codéine. Ce produit est soluble, d'une activité à la fois supérieure et constante. A la dose de 1 à 3 centigrammes, chez un chien du poids de 10 ou 12 kilogrammes, il provoque rapidement un sommeil calme, qui offre la plus grande analogie avec le sommeil naturel, qui ne laisse après lui aucun des symptômes fâcheux, aucun des malaises (nausées, vomissements, stupeur), consécutifs au sommeil morphinique. Les premiers essais thérapeutiques faits par M. Laborde avec ce nouveau produit, ont donné des résultats très satisfaisants : chez des enfants de 2 à 4 ans, affectés de la coqueluche (dose de un quart à un demi centigramme); chez des adultes (dose de 2, 3 et 4 centigrammes en plusieurs fois); dans des cas de bronchite catarrhale et d'insomnie névropathique.

V. La chlorose cède quelquefois aux médications qui régularisent les fonctions sécrétoires et digestives de l'estomac; d'autres fois, elle est justiciable de la médication martiale. Il arrive aussi que la chlorose résiste à ces deux ordres d'agents thérapeutiques. MM. Schulz et Strübing se sont demandé si, dans les cas où les martiaux associés aux stomachiques échouent, et où de plus un mauvais état général coexiste avec la chlorose, celle-ci ne serait pas le fait d'un trouble dans les échanges molléculaires, aboutissant à un déficit non point de fer, mais de soufre. Ils font remarquer à ce propos quel rôle important revient au soufre dans la composition de la substance organisée des tissus. Pas d'albumine vivante sans soufre. Dès lors, la présence d'une certaine quantité de ce corps, dans les tissus de l'organisme animal, doit être au moins aussi nécessaire au maintien de la santé que la présence d'une certaine proportion de fer.

Quoi qu'il en soit, ces vues théoriques ont conduit les deux professeurs de Greifswald à expérimenter le soufre dans le traitement de la chlorose. Le médicament était prescrit à l'état de poudre, mélangé avec du sucre de lait, à raison de 10 parties de soufre lavé pour 20 parties de sucre; dose : 3 fois par jour, la valeur d'une pointe de couteau. Dans 4 cas sur 7, l'administration du soufre a paru donner les résultats qu'on n'avait pu obtenir d'abord de la médication martiale, c'est-à-dire une atténuation des symptômes de la chlorose et une amélioration de l'état général. De plus, après que le soufre eût été administré pendant quelque temps, on put recourir avec profit, pour achever la cure, aux préparations ferrugineuses qui avaient été mal tolérées au début et qui étaient alors très bien supportées. A noter que chez l'une des malades l'administration du soufre provoqua, à trois reprises différentes, une poussée d'eczéma qui durait une huitaine de jours quand on interrompait le traitement.

Chez trois autres chlorotiques, qui présentaient des symptômes d'un catarrhe gastro-intestinal, l'administration du soufre ne fit qu'exaspérer ces symptômes, et il fallut renoncer au traitement. Aussi les deux auteurs considèrent comme une contre-indication formelle à l'emploi du soufre la coexistence d'un état catarrhal ou inflammatoire des premières voies avec la chlorose, et à ce sujet ils font valoir que le soufre doit agir comme un excitant de l'activité des cellules vivantes. Peut-être le soufre n'a-t-il fait que remédier aux inconvénients bien connus du fer dans les quatre cas de chlorose alternativement traités par ces deux médicaments.

VI. Binz, partant de cette vue théorique que l'action antipyrétique du sulfate de quinine s'enchaîne étroitement à l'action parasiticide de cette dernière, avait suggéré aux thérapeutistes l'idée de substituer au sel en question une combinaison de l'alcaloïde du quinquina avec une autre substance douée d'une forte action microbicide. On devait ainsi mettre la main sur un médicament apte au plus haut degré à jouer le rôle d'*antiseptique interne* et d'antipyrétique, dans le traitement des maladies infectieuses. Etant donnée la puissante action antiseptique de l'acide borique et son innocuité relative, le borate de quinine paraissait à première vue appelé à réaliser ces espérances. Des essais ont été faits une première fois en France par M. Hermanides (1881) avec du borate de quinine préparé par M. de Vry, qui n'ont pas donné des résultats bien concluants; Finkler et Prior, de Bonn (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1884, n° 6), ont repris la tentative : ils ont administré du borate de quinine amorphe (marque Zimmer) dans un certain nombre de cas de maladies fébriles infectieuses (fièvre typhoïde, fièvre septique, érysipèle, pneumonie, phtisie), et dans un cas de névralgie du trijumeau, d'origine palustre présumée. Ils ont conclu de leurs observations que le borate de quinine est très bien supporté dans les maladies fébriles aiguës et chroniques, qu'à la dose de 0 gr.5 à 3 gr, ce sel exerce dans les maladies fébriles une action antipyrétique très prononcée, action qui se manifeste avec une assez grande lenteur, mais qui est d'autant plus durable, qu'indépendamment de cette action antipyrétique, le borate de quinine est doué également d'une action antipériodique, à l'instar du sulfate de quinine.

Les résultats annoncés par Hagen sont beaucoup moins satisfaisants. D'après Hagen, le borate de quinine aurait d'abord contre lui sa saveur éminemment désagréable, qui fait que le médicament ne peut être administré qu'enrobé dans du pain azyme ou dans un cachet; or, chacun sait combien, dans les cas de fièvres graves, ce mode d'administration est peu pratique. En raison de cette saveur désagréable, l'ingestion du borate de quinine est assez souvent suivie de vomissements

Ainsi que l'avaient indiqué Finkler et Prior, le borate de quinine, à la dose quotidienne de 4 grammes, par prises de 0,5 à 2 grammes, produit chez les fébricitants un abaissement de température qui atteint son maximum (1°5 à 2° en moyenne) en l'espace de trois heures. Ces expériences ont porté sur des cas de fièvres intermittentes, de grippe, de pneumonie, de pleurésie, de catarrhe chronique des bronches, de tuberculose pulmonaire. Administré une ou deux heures avant le début probable d'un accès de fièvre intermittente, le borate de quinine (2 grammes) prévenait à coup sûr l'accès; mais il était impossible d'obtenir une guérison durable. Pour atteindre ce résultat, il fallait simplement recourir au sulfate de quinine.

Dans les antres maladies fébriles, l'action antipyrétique du borate de quinine, pour avoir été réelle, n'a été ni aussi sûre ni aussi durable qu'avec le sulfate de quinine. Le médicament n'a pas été expérimenté sur des typhiques, à cause de sa tendance à troubler les fonctions digestives.

Bref, d'après Hagen, il n'y a aucune raison de substituer le borate de quinine au sulfate, et les prévisions de Binz, qui cadraient si bien avec les doctrines en vogue, ne se sont point réalisées.

VII. La lanoline, combinaison d'eau et d'une graisse neutre à base de cholestéine, tirée des productions épidermiques, est un nouvel excipient que Liebreich, il y a environ un an (1), a proposé de substituer à l'axonge, à la vaseline. Il en indiquait pour raison que la lanoline, moins altérable que l'axonge, ne donne pas naissance à des produits irritants, que, d'autre part, l'absorption des substances médicamenteuses se fait plus facilement quand on utilise comme excipient la lanoline, qu'avec la graisse ordinaire et la vaseline.

M. P. Fraenkel a voulu vérifier ce dernier point. Il a expérimenté sur des malades affectés d'un érysipèle grave, avec des pommades au sublimé préparées avec de la lanoline, et sur des sujets bien portants avec des pommades (même excipient), à l'acide salicylique et à l'iodure de potassium. Les résultats qu'il a obtenus, et qui sont le fruit d'expériences conduites avec méthode et impartialité, prouvent de la façon la plus nette qu'au point de vue de la facilité de la résorption des substances médicamenteuses susdites, il n'y a aucun avantage à substituer la lanoline à l'axonge, pour la préparation des pommades.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE MATIÈRE MÉDICALE COMPRENANT L'HISTOIRE DES DROGUES SIMPLES D'ORIGINE ANIMALE ET VÉGÉTALE, LEUR CONSTITUTION, LEURS PROPRIÉTÉS ET LEURS FALSIFICATIONS, par D. CAUVET, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, docteur en médecine et ès sciences, pharmacien de première classe, ancien agrégé de l'Ecole de Strasbourg, ex-profeseur d'histoire naturelle à l'Ecole de pharmacie de Nancy. Deux volumes (le premier paru), 1 vol. in-12, XI 676 pages, avec 366 figures intercalées dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1886. — L'ouvrage complet : 12 fr.

Le titre de ce volume dit ce qu'il est ; les titres de l'auteur disent ce qu'il vaut. Déjà nous avons, en 1871, rendu compte avec éloges des *Eléments d'histoire naturelle* du même auteur, dont la troisième édition a paru en 1885.

Peu à peu, ce dernier livre s'est trouvé grossi par les découvertes nouvelles de la thérapeutique, et, pour conserver à son ouvrage la forme portative d'un manuel, l'auteur a été obligé de partager en deux ce traité. Il nous en donne aujourd'hui la deuxième partie, celle qui a trait aux matières elles-mêmes, se réservant de ne faire entrer dans la sixième édition des *Eléments d'histoire naturelle* qui va bientôt paraître, que l'histoire même des végétaux, animaux et minéraux.

Donc aujourd'hui M. Cauvet nous donne seulement les médicaments fournis par ces trois règnes ; ce sont des descriptions très exactes et en même temps très complètes.

Il commence par les médicaments tirés du règne animal, et comme ils sont peu nombreux, il les divise en catégories de substances affines sans se préoccuper toujours de la classe ou de l'ordre auxquels appartient l'espèce qui fournit une matière donnée. Il les rapporte à deux sections principales : matières provenant des vertébrés, matières provenant des invertébrés.

C'est là qu'est faite l'histoire de la viande, du lait, des œufs, des graisses, des suifs, du musc, de la civette, du castoréum, du guano, de l'ichtyocolle, des cantharides, mylabres, méloës et autres insectes vésicants, du propolis, de la cire et du miel produits des abeilles, des matières colorantes, sucrées, grasses et résineuses produits des coccidés, enfin des yeux d'écrevisses et éponges.

Cette partie — le règne animal — tient 200 pages.

L'auteur passe ensuite au règne végétal, mais ici il rompt avec les errements de ses devanciers. Plus de racines, de bois, d'écorces, de feuilles ; ce serait s'exposer à des redites et obliger, dit-il, le lecteur à des recherches souvent sans profit et fatigantes.

Aussi a-t-il suivi l'ordre des familles naturelles. C'est ainsi qu'il nous parle, dans les cryptogames, des différents ergots, des algues, des lichens, des fougères, de l'agar-agar, des capillaires, des lycopodes ; dans les orchidées, du jalep, de la vanille, de l'acore ; dans les graminées, des amidons, farines ; dans les palmiers, du sagou, du dattier ; dans les colchicacées, du colchique, de l'ellébore et de la cévadille ; dans les liliacées, de la scille, des aloès ; dans les smilacées, des asperges, du muguet, des salsepareilles ; dans les amomées, de l'arrow-root, du gingembre, du curcuma, des cardamomes ; dans les conifères, des goudrons, créosotes, térébenthines ; dans les piperacées, des poivres, du jaborandi ; dans les cannabinées, du chanvre et du houblon ; dans les euphorbiacées, des euphorbes, épurge, manioc, ricin, cascarille ; dans les laurinées, des cannelles, camphres, lauriers ; dans les polygonées, des rhubarbes.

Chaque drogue est décrite au point de vue de ses caractères distinctifs, de sa composition, de ses propriétés, et quand l'une d'elles contient un principe nettement défini, ce principe est l'objet d'un article spécial où l'on expose ses propriétés, ses réactions et les procédés employés pour en déterminer la présence ou la pureté.

Un point tout spécial à indiquer, c'est le soin que l'auteur a pris de mentionner les falsifications et les altérations : pour la viande, le lait, les farines surtout, l'ouvrage de M. Cauvet est sous ce rapport très intéressant et très complet.

Aussi attendons-nous avec impatience le second volume qui paraîtra dans le courant de cette année.

Dr C. DELVAILE.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES. — L'action élective de l'aconitine s'exerce sur les nerfs sensitifs dont elle réduit ou supprime les fonctions, et en même temps que cet alcaloïde produit l'anesthésie, il calme la circulation, diminue le calibre des capillaires et abaisse la température.

L'excellent travail publié par le docteur A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

(1) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1885, n° 47.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très réfractées et convenablement espacées.

« Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement (1). »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies ; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière ; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées ; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique, comme les Pilules Moussette, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le docteur Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 octobre 1880.)

Fréquemment, les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués ; c'est pour combattre cette complication que le docteur Moussette a composé des pilules, très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début, il sera bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures ; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, on ne devra pas aller au delà. S'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

Dr L. GRESDON.

BULLETIN

TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE. — RAPPORTS ENTRE LES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS ET LA DISTRIBUTION D'EAU DE RIVIÈRE. — L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

M. Ball, dans une communication qu'il a faite à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, après avoir étudié les caractères du pouls chez les morphinomanes, est conduit à cette conclusion pratique que le meilleur traitement pour eux consiste à supprimer le stimulant habituel (la morphine), et à le remplacer, au moment du besoin, par un médicament capable de réveiller l'activité de la circulation. Il propose, à cet effet, le sulfate de spartéine en injections sous-cutanées ou la nitro-glycérine administrée sous forme de quelques gouttes déposées sur la langue. L'une des conditions préalables, pour assurer le succès du traitement, c'est l'entrée du malade dans une maison de santé où la surveillance du médecin puisse s'exercer à chaque instant.

Quand la morphinomanie est arrivée à un haut degré, que les facultés mentales et physiques sont sérieusement menacées ou atteintes, nul doute que cette dernière condition ne doive être remplie. Mais que de morphinomanes ne rencontre-t-on pas actuellement dans ce monde, auxquels la méthode de traitement proposée par M. Ball est inapplicable ! Nous avons occasion chaque année de traiter bon nombre de ces malades. Nous comptons, il faut l'avouer, de rares succès complets ; cela tient surtout à ce que les malades ne prolongent pas suffisamment leur traitement, dont la durée, à l'encontre de leurs prévisions, doit dépasser une saison thermale ordinaire. Nous avons cependant obtenu quelques guérisons radicales ; plus souvent les malades nous quittent après avoir diminué très notablement le nombre d'injections et la dose quotidienne de morphine, tout en éprouvant une amélioration dans les symptômes généraux ou locaux pour le soulagement desquels ils faisaient usage de l'alcaloïde. Le traitement comprend, comme éléments principaux : 1º La suppression graduelle des injections, absolument interdites aux malades ou à leur entourage et que le médecin seul pratique quand il le juge opportun ; 2º l'administration des eaux, dont on utilise, suivant les circonstances, l'action stimulante ou sédative.

— L'intéressant travail de MM. Chantemesse et Widal, que M. Cornil a communiqué à l'Académie de médecine, établit très nettement les rapports de cause à effet qui existent, à Paris, entre la distribution des eaux de rivière et les recrudescences de la fièvre typhoïde. Une double conclusion pratique s'en dégage : 1º La nécessité de distribuer l'eau de source, *sans exception*, à toutes les maisons de Paris ; 2º l'obligation, de la part de l'administration, de prévenir les habitants quand cette distribution, pour une cause quelconque, est momentanément suspendue. Nous avons insisté sur ce point à l'Académie, parce qu'il ne nous paraît pas suffisant d'insérer de simples avis dans les journaux, que tout le monde ne lit pas. Nous voudrions que, dans chaque maison, le propriétaire, principal locataire ou simplement le concierge, fût informé administrativement et pût ainsi prévenir les locataires. La purification de l'eau de rivière par l'ébullition est un moyen à la portée de tout le monde, et il est actuellement assez connu pour qu'on y ait immédiatement recours.

— L'inspectorat local et permanent des eaux minérales a trouvé en M. Hardy un défenseur convaincu et fidèle, et, si l'on avait voté après l'argumentation fine, incisive, parfois humoristique et justement applaudie de l'orateur, nul doute que l'inspectorat n'eût gagné son procès. Mais M. Brouardel est monté à son tour à la tribune et, avec l'autorité que lui donnent sa haute situation et sa compétence en administration sanitaire, il a combattu les conclusions de la Commission académique et exposé un contre-projet dont il a demandé le renvoi à cette même Commission. Ce renvoi a été naturellement prononcé.

Le contre-projet de M. Brouardel réalise les principales données du système que nous avons nous-même développé

(1) Docteur A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette : *De l'aconitine ; de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux ; sa posologie.*

devant l'Académie, et nous sommes heureux du puissant appui que notre savant confrère est venu donner à nos idées.

D[r] F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Banquet offert a M. Brouardel. — Le nouveau doyen de la Faculté de médecine de Paris a le rare bonheur, chaque fois qu'une dignité nouvelle lui arrive, de ne froisser l'ambition on de n'éveiller l'envie de personne, et de voir, au contraire, s'accroître et se cimenter les nombreuses sympathies qu'il a su inspirer. On ne saurait invoquer un meilleur témoignage pour justifier la rapide et brillante carrière qu'il a parcourue. La semaine dernière, ses collègues de la Faculté, des hôpitaux, ses amis, lui ont offert un banquet à l'occasion de sa nomination de doyen. C'était la consécration amicale du choix fait par la Faculté, à la prospérité et à la gloire de laquelle, dans sa réponse aux toasts qui lui ont été portés, M. Brouardel a promis de donner tous ses efforts et tout son dévouement.

— Le nouveau président de la Société de biologie. — La Société de biologie avait, d'après ses anciens statuts, un président perpétuel, titre que Paul Bert a été et sera le dernier à porter. Désormais, la présidence sera quinquennale, ce qui répond mieux à la légitimité de certaines ambitions, et peut-être aux intérêts de la Société. Dans la dernière séance, on a procédé à l'élection du nouveau président : M. Brown-Séquard a été élu par 42 voix contre 15 données à M. Chauveau.

— Projet de création d'un ministère médical en Angleterre. — Pendant que plusieurs ministères, deux au moins, se disputent en France la future direction de la santé publique, on songe, en Angleterre, à affranchir complètement cette direction en l'élevant à la hauteur d'un ministère comprenant toutes les choses intéressant la médecine et l'hygiène. C'est peut-être la meilleure et la plus prompte solution à donner à la question depuis si longtemps débattue.

— Ambulances urbaines. — L'Œuvre des ambulances urbaines doit inaugurer très prochainement son premier poste central de secours pour les blessés et les malades recueillis sur la voie publique à travers Paris. Ce premier poste est établi à l'hôpital Saint-Louis.

Vingt-neuf postes avertisseurs de secours seront bientôt installés chez les pharmaciens et dans les bureaux de police. Ils seront reliés à l'hôpital Saint-Louis par téléphones.

L'inauguration de ce service aura lieu en avril prochain ; mais le devis qui a été présenté par le ministre des postes et télégraphes, au sujet de l'installation des câbles et appareils téléphoniques, a quelque peu dépassé les prévisions de l'œuvre des ambulances, et le Comité directeur a décidé de donner une nouvelle fête avant la fin de ce mois.

— Epidémies. — Le choléra semble disparaître des villes de l'Amérique méridionale qu'il avait envahies. Il est en voie d'atténuation en Sicile. Quelques cas ont été signalés à Budapest, où des mesures sanitaires ont été prises immédiatement.

La rougeole, qui a fait cet hiver de nombreuses victimes à Paris, sévit en ce moment à l'Ecole militaire de Saint-Cyr, dans les garnisons de Bordeaux et de Périgueux, à Carthagène, où toutes les classes de la population, notamment les ouvriers français, lui paient un lourd tribut.

R. F. R.

NOUVELLES

AVIS

L'Assemblée générale des actionnaires convoquée pour jeudi dernier n'ayant pu avoir lieu est renvoyée au jeudi 28 avril, 5 h. ½ du soir, au siége social. MM. les actionnaires sont priés de prendre bonne note de cette seconde convocation.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Perroud, chargé du cours complémentaire des maladies des enfants, est nommé professeur adjoint.

— M. le docteur Laroyenne, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des femmes, est nommé professeur adjoint.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Hergott, agrégé, est nommé professeur de clinique obstétricale et accouchements.

M. Spillmann, agrégé, est nommé professeur de clinique médicale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Got est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Tourneau, décédé.

Faculté de médecine de Lille. — M. Doumer, agrégé, est chargé d'un cours de physique, en remplacement de M. Terquem, en congé.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le professeur Duménil est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Leudet, décédé.

M. Ollivier, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne de ladite Ecole, en remplacement de M. Leudet, décédé.

M. Petel, suppléant, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite Ecole, en remplacement de M. Ollivier, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Charpy, suppléant, est nommé professeur d'anatomie descriptive à ladite Ecole, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

Assistance publique. — Par arrêtés ministériels en date du 4 mars, M. le docteur Moutard-Martin, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, et M. le docteur Hardy, ancien médecin de l'hopital de la Charité, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

— L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris tiendra sa séance annuelle, sous la présidence de M. le professeur Hardy, le samedi 16 avril, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Le banquet annuel des internes en médecine aura lieu le même jour, à sept heures, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

Le prix de la souscription, fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 16 francs pour les internes en exercice, peut être remis dans les hôpitaux à l'interne économe de la salle de garde de médecine, ou bien à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, rue Saint-Georges, 24 ; Bottentuit, rue de Castellane, 13 ; Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 42.

— M. le docteur Dudley P. Allen, secrétaire de la section de chirurgie générale au Congrès de Washington, est en ce moment à Paris, où il restera jusqu'au 6 avril. Il est descendu à l'hôtel de Calais, rue Neuve-des-Capucines. Notre distingué confrère se met gracieusement à la disposition des chirurgiens français, qui désirent ou se rendre, ou adresser des communications au neuvième Congrès international de médecine qui s'ouvrira à Washington le 5 septembre prochain.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 20 AU SAMEDI 26 MARS 1887

Fièvre typhoïde 44.—Variole 5 — Rougeole 62 — Scarlatine 3. — Coqueluche 13.— Dipthérie, croup, 31 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 216.— Autres tuberculoses 33. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 7. — Méningite 40. — Congestion et hémorr. cérébr. 58. — Paralysie 12. — Ramollissement cérébral 12.— Maladies organiques du cœur 83.—Bronchite aiguë 57. — Bronchite chronique 74. — Broncho-pneumonie 48. — Pneumonie 104 — Gastro-entérite : Sein 20. — Biberon 34. — Autres 10.— Fièvre et périt. puerpérales 9.— Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 27. — Sénilité 41. — Suicides 17. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de mort 227. — Causes inconnues 17. — Total de la semaine: 1.356 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une *Bibliothèque des Sciences médicales* (Un volume in-8° de 500 pages. Prix *franco* par la poste : 2 fr. 50, payable en timbres-poste français ou étrangers). Par les indications nombreuses et précises qu'elle renferme, cette publication rendra de grands services à tons les médecins désireux de se tenir au courant de la littérature médicale ancienne et moderne, française et étrangère ; elle est indispensable aux bibliothécaires qu'elle renseignera sur le lieu, la date de publication, le nombre de pages, de figures et de planches de chaque ouvrage et sur leur prix courant en librairie; elle sera précieuse enfin pour tous ceux qui vondront écrire ou savoir ce qui a été écrit sur un sujet spécial, grâce à l'*Index méthodique* placé en tête du volume, où l'on trouve la liste des principaux auteurs qui ont étudié chaque question. Pour les ouvrages importants, MM. J.-B. Baillière et fils donnent même souvent un extrait de la table des matières on de la préface des auteurs.

Etudes d'obstétrique pratique, du forceps céphalotribe et de ses applications pratiques, par le docteur Hamon de Fresnay, un vol. in-8°.—Prix : 3 fr.—Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN. — DOULEURS MENSTRUELLES PÉRIODIQUES. — CRÉATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL (1), par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine.

La nommée Marie D.., âgée de 21 ans, exerçant la profession de couturière, me fut adressée le 10 mars de l'année dernière par mon collègue et ami, le docteur Lancereaux, pour des troubles menstruels tenant à une absence du vagin. Elle fut couchée au numéro 18 de ma salle de femmes, à la Pitié.

Cette jeune fille, née de parents bien portants, jouissait elle-même d'une excellente santé, lorsqu'à l'âge de 15 ans elle commença à souffrir dans le ventre. Les douleurs débutèrent tout à coup, pendant qu'elle était à travailler aux champs, prirent une grande intensité et durèrent peu de temps. Après trois mois de calme et de santé parfaite, nouvelles douleurs dans le bas-ventre et les reins; puis cessation des douleurs au bout de deux ou trois jours. Jusqu'à 18 ans, les mêmes douleurs se reproduisirent à intervalles variables. Mais, à partir de cet âge, elles se régularisèrent. Elles revenaient au commencement de chaque mois, duraient plusieurs jours, puis disparaissaient peu à peu. Parfois une crise de diarrhée, non mélangée de sang, survenait vers le deuxième ou le troisième jour de la période douloureuse. Dans ces cas, les souffrances étaient moins vives et duraient moins longtemps.

Cependant, à mesure que la puberté s'établissait, et notamment pendant les périodes douloureuses, aucun écoulement de règles n'apparaissait.

L'administration de l'armoise, l'application de sangsues aux cuisses, le repos, etc., n'eurent aucun succès, soit pour calmer la malade, soit pour provoquer l'écoulement menstruel.

Lorsque Marie D... fut soumise à mon examen, ses douleurs menstruelles duraient une dizaine de jours. Elles cessaient pendant la nuit, reparaissaient dans le jour sous l'influence de la station debout et de la marche et rendaient tout travail impossible. Le ventre n'augmentait pas de volume pendant les douleurs.

Il était facile de reconnaître à ces symptômes les phénomènes d'une menstruation régulière. Et si cette menstruation ne s'accompagnait pas d'un écoulement sanguin par la vulve, c'est que le vagin n'existait pas.

Marie D... est grande, forte, et porte tous les attributs extérieurs de la femme. Les seins sont volumineux. Les organes

(1) Observation communiquée à la Société de chirurgie le 23 mars 1887.

FEUILLETON

LES ORIGINES MODERNES DE L'HYPNOTISME. — MESMÉRISME. — BRAIDISME. — SUGGESTION. — Conférence faite à la réunion de la Nouvelle-Gaule, par M. le docteur J.-P. DURAND DE GROS.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

Cela dit, je ferai observer que les pratiques du mesmérisme, ainsi que celles du braidisme, doivent être considérées à deux points de vue essentiellement différents: d'abord comme agents hypnotiques et pathogéniques directs ; secondement, comme agents hypotaxiques, c'est-à-dire qui ouvrent les voies à la suggestion. Envisagées sous ce dernier rapport, elles commandent incontestablement l'attention des suggestionnistes les plus exclusifs.

Ceux-ci devraient bien considérer en outre que, bien avant que la suggestion nous eût été révélée, Braid savait produire le sommeil, le somnambulisme, l'anesthésie et des guérisons, à l'aide de son seul procédé hypotaxique, et que, cinquante ans avant lui, Mesmer ou ses disciples avaient trouvé le secret de ces mêmes effets, et en sus de beaucoup d'autres, notamment de la plupart de ceux dont on voudrait attribuer aujourd'hui la priorité et le monopole au pouvoir suggestif.

Mais si nous voulons qu'on fasse leur juste part aux méthodes de Mesmer et de Braid, nous ne serons pas moins fermes dans nos revendications en faveur de l'idéoplastie. Par l'*aspection* braidique, on peut procurer la sédation, le sommeil et quelquefois la guérison à ceux dont l'esprit, en même temps que leur vue, peut se concentrer sur un point matériel avec une tension assez longtemps soutenue. On devine que les jeunes enfants et les malades trop affaiblis ou en proie à de vives souffrances, non plus que les maniaques, les idiots, les imbéciles et faibles d'esprit, ne pourront bénéficier de cette médication. Or, le mesmérisme supplée ici à l'impuissance du braidisme ; il ne demande au patient aucun concours actif, aucun effort de la volonté, et opère directement, par une action présumée toute physique, sur l'être vivant, et le modifie.

A son tour, l'idéoplastie a sur ces deux moyens un incomparable avantage : tandis qu'ils ne peuvent opérer qu'une altération

génitaux externes sont bien développés et normalement conformés. Mais il n'y a point d'ouverture vulvaire. Si l'on déprime, avec l'extrémité du doigt, la muqueuse qui tapisse l'espace compris entre le méat urinaire et la commissure postérieure des grandes lèvres, on est immédiatement arrêté par un plan très résistant.

En palpant le ventre, on sent, entre l'ombilic et le pubis, une tumeur mobile lisse, arrondie, grosse comme une orange, douloureuse à une forte pression.

Par le toucher rectal, on trouve, à une profondeur de huit à neuf centimètres, l'extrémité inférieure de la tumeur abdominale. Celle-ci se termine en bas par une saillie dure, qui paraît être le col d'un utérus.

En introduisant une sonde métallique dans la vessie et en déprimant son bas-fond, avec cette sonde, en même temps que l'index appuie contre la paroi antérieure du rectum, on sent que la sonde n'est séparée du doigt placé dans le rectum que par une mince couche de tissu. Par conséquent, la face postérieure de la vessie est directement accolée à la face antérieure du rectum. Il n'y a entre ces deux organes aucun vestige de conduit vaginal. Il n'y a même pas, comme on l'observe dans les cas analogues, un cul-de-sac supérieur du vagin, dans lequel le col de l'utérus viendrait s'aboucher, et dans lequel le sang des règles s'accumulerait.

La tumeur abdominale représente sans aucun doute l'utérus, dont l'orifice cervical est oblitéré et dont le corps est un peu distendu par le sang menstruel. La mobilité de cet utérus indique encore qu'il n'est pas retenu à sa partie inférieure par un cordon fibreux résistant tenant lieu de vagin.

Du 5 au 15 mars, la malade eut de violentes crises de douleurs caractérisant sa période menstruelle. Je remarquai que, pendant cette période, l'utérus se distendait médiocrement, soit parce que l'exhalation sanguine était peu abondante, soit plutôt parce que la résistance des parois utérines mettait obstacle à l'accumulation du sang dans sa cavité.

L'indication de créer un vagin artificiel, pour évacuer le sang des règles et pour soulager la malade, était formelle. Je me proposai d'y arriver en incisant et en décollant les adhérences, qui unissaient la vessie au rectum, de manière à constituer un trajet depuis la vulve jusqu'à l'utérus, dont j'ouvrirais la cavité. L'entreprise était délicate, en raison de la minceur de la paroi recto-vaginale et en raison de la mobilité de l'utérus. Il y avait, en effet, trois écueils à éviter : l'ouverture de la vessie, l'ouverture du rectum et la blessure du péritoine. Je résolus de diviser l'opération en deux parties, séparées par un intervalle de plusieurs jours. Dans une première opération, je créerais une voie d'accès jusqu'au voisinage de l'utérus ; dans une deuxième opération, j'arriverais jusqu'à l'utérus, que j'inciserais.

La patiente fut préparée par une purgation et par l'administration d'une dose d'opium, afin d'obtenir une constipation de quelques jours.

Le 23 mars, 1re opération. — Chloroformisation.

Avec le doigt, je déprime en cul-de-sac la muqueuse au niveau du point où doit se trouver l'entrée vaginale; puis j'incise transversalement au fond de ce cul-de-sac. En agissant par la pression du doigt, je dédouble la paroi recto-vaginale. Une grosse sonde, introduite dans la vessie, m'indique à chaque instant où est la vessie. Le toucher rectal m'apprend en même temps si je me rapproche trop du rectum. A mesure que je pénètre plus profondément, j'aide l'action du doigt avec une spatule mousse. Je creuse ainsi un large canal, qui a la longueur de l'index et qui arrive jusqu'au voisinage de l'utérus. Il est impossible de reconnaître le col de cet organe, qui se déplace avec une grande facilité, comme un corps flottant dans l'abdomen. Pour ne pas m'exposer à ouvrir le péritoine, je ne pousse pas plus loin ma première opération. Les adhérences qui s'établiront infailliblement autour de la plaie contuse, que je viens de produire, contribueront à fixer l'utérus et à me faciliter un accès jusqu'à lui.

La plaie est irriguée avec une solution phéniquée et le trajet vaginal est rempli avec des tampons de gaze iodoformée, maintenus par un bandage en T.

La malade est reportée dans son lit et condamnée au repos absolu, avec un cataplasme laudanisé sur le ventre.

Dans la journée, il y eut quelques vomissements bilieux et de la rétention d'urine, qui obligea à pratiquer le cathétérisme.

Les jours suivants, aucune douleur dans le ventre, aucune fièvre. Comme pansement, on se borne à maintenir sur la vulve des compresses imbibées d'une solution de sublimé (à 1 pour 2,000).

Le 30 mars, j'enlève les tampons de gaze iodoformée et je lave largement la plaie avec une irrigation d'eau au sublimé.

---

générale et latente de l'économie et laissent ensuite à la spontanéité de la vie tout le soin de faire le reste, c'est-à-dire de susciter les modifications spéciales et locales désirées en vue d'un intérêt thérapeutique ou autre, la suggestion, elle, a le pouvoir de susciter les phénomènes vitaux spécifiques et localement circonscrits qui lui sont demandés.

Le magnétiseur essayerait en vain de provoquer, à sa volonté et à un moment donné, la transpiration, l'accélération du mouvement circulatoire, les urines, les selles, les révulsions et dérivations diverses; le suggestionneur, au contraire, n'a que quelques mots à dire, et les effets prédéterminés des sudorifiques, des purgatifs, des vomitifs, des emménagogues, du sinapisme et du vésicatoire, se réalisent avec une obéissance presque instantanée. Par la suggestion, on peut produire ce que l'on a en vue, et rien que ce que l'on a en vue, quand on agit, bien entendu, sur un sujet suffisamment disposé.

Comment, soit par les passes mesmériques, soit par l'aspection braidique, pourrait-on espérer triompher de certains vices de nature somatique ou psychique, comme le bégaiement, le strabisme, la myopie, comme ces perversions du sens moral et ces impulsions morbides qui portent instinctivement certaines natures au mensonge, au vol, à l'incendie, au meurtre ? Comment compter sur ces seuls moyens-là pour activer l'intelligence paresseuse et trop lente à se développer de certains enfants, et rétablir en eux l'équilibre des facultés en stimulant l'énergie de celles qui manifestent une trop grande faiblesse ? L'idéoplastie peut procurer ces inestimables bienfaits, elle seule le peut.

Mais j'ai à vous soumettre une autre considération, et celle-ci, à mon avis, décisive, en vue d'établir l'utilité et l'urgence de recourir aux ressources thérapeutiques de l'idéoplastie.

Vous savez par quels simples moyens, avec quelle facilité et quelle promptitude, l'état hypotaxique peut être obtenu chez les individus susceptibles : quelques minutes, quelques secondes de concentration de la vue et de l'esprit sur un point de mire, et le prodige est opéré, le sujet est rendu *suggestionnable.*

Et vous savez, d'autre part, que c'est avec une facilité et une célérité supérieures encore que la suggestion réalise et détruit tour à tour ses miraculeux effets sur une nature ainsi préparée.

Eh bien, puisqu'il en est ainsi, je vous le demande, des combinaisons de circonstances ne peuvent-elles pas se rencontrer acci-

Le vagin artificiel admet un spéculum Cusco ordinaire.

Mais cette exploration ne fait découvrir aucune saillie ressemblant à un col utérin. En pratiquant le toucher, je constate que le fond du vagin est encore éloigné de deux ou trois centimètres de l'utérus. Nouveau remplissage du vagin avec de la gaze iodoformée.

Le 2 avril, pour maintenir le calibre du conduit vaginal, j'ajoute de nouveaux tampons de gaze iodoformée sans enlever les anciens.

La miction est devenue facile.

Le 8 avril, quelques petites douleurs dans le bas-ventre. Mais les douleurs, qui apparaissaient dans les premiers jours du mois, et qui caractérisaient l'époque menstruellé, ne se sont pas fait sentir.

Le 12 avril, les tampons étant tombés pendant les efforts de défécation, de nouveaux tampons de gaze iodoformée sont mis en place.

Le conduit vaginal s'est notablement rétréci, et l'introduction du spéculum est très douloureuse. Mais, en se rétrécissant, les parois du vagin artificiel se sont épaissies et sont devenues plus solides. Le moment me semble venu de compléter mon opération. Les fonctions vésicales et rectales s'accomplissent normalement et sans souffrance.

Le 15 avril, 2e opération.—La malade a été préparée comme avant la première opération, de manière à obtenir une constipation de quelques jours. Elle est endormie par le chloroforme.

Je constate que le rétrécissement du vagin artificiel a surtout lieu à une distance de deux à trois centimètres de la vulve. Dans ce point, le doigt rencontre une sorte d'anneau, plus résistant en arrière qu'en avant, anneau qui est vraisemblablement formé par la perforation du releveur de l'anus et de ses aponévroses. Au-dessus de ce rétrécissement annulaire, on trouve un cul-de-sac de 2 ou 3 centimètres de profondeur. A ce moment, le vagin artificiel n'avait donc qu'une longueur totale de 5 à 6 centimètres.

Mon premier soin fut d'élargir cet anneau en déchirant avec le doigt les tissus qui formaient son contour. Puis une sonde étant introduite dans la vessie et un doigt dans le rectum, je me mis à cheminer vers l'utérus en décollant les tissus avec une spatule mousse portée sur un manche de bois. A chaque instant, j'interrompais ce décollement pour m'assurer si je ne me rapprochais pas d'une façon dangereuse de la vessie ou du rectum.

Enfin, j'arrive jusqu'à l'utérus. Cet organe est si mobile et si profondément placé, que, pour explorer son segment inférieur, il faut le fixer et l'abaisser en pressant fortement sur la région hypogastrique avec la main gauche, pendant que l'index droit est profondément enfoncé dans le vagin artificiel. Je reconnais un col, sur lequel il m'est impossible de trouver un orifice.

Comme le but de l'opération est d'ouvrir la cavité utérine pour la mettre en communication avec le vagin artificiel, je me résous à inciser l'utérus. Pour cela, je me sers de la lame en rondache d'un scarificateur du col. Je dirige la lame de cet instrument avec le doigt jusqu'au contact de la paroi utérine, et je l'incise à peu près dans le point où l'orifice vésical devrait exister. Cette incision n'offrant pas une étendue suffisante, je l'agrandis avec un lithotome à deux lames que j'introduis fermé jusque dans la cavité utérine et que je retire avec un écartement des lames réglé à 2 centimètres 1/2.

Au moment de l'inciser avec le scarificateur, une cuillerée à bouche environ d'un liquide noirâtre, sans odeur, s'est écoulé par le vagin. Après l'agrandissement de l'incision avec le lithotome, nouvel écoulement d'un liquide semblable. La quantité totale de ce liquide peut être évaluée à un quart de verre. L'utérus n'est plus distendu.

L'opération s'est terminée sans lésion de la vessie ni du rectum. Le péritoine, qui est voisin de l'incision utérine, ne semble pas avoir été intéressé.

Après avoir bien lavé le vagin artificiel avec une solution au sublimé, je le remplis de tampons iodoformés.

Les suites de la dernière opération furent aussi simples que celles de la première.

Le 17 avril, je retire les tampons de gaze iodoformée, et comme ces tampons n'offrent pas assez de résistance contre la rétraction cicatricielle, je les remplace par cinq drains en caoutchouc rouge, gros comme le petit doigt, attachés les uns aux autres, de manière à former un faisceau cylindrique long de 10 centimètres. Lorsque ce faisceau est disposé dans le vagin artificiel, l'extrémité inférieure des drains est située au niveau de la vulve.

Tous les jours on fait une injection antiseptiques dans l'intérieur de ces tubes sans les déplacer, et on maintient sur la

---

dentellement dans notre vie journalière, au milieu de nos affaires ou de nos plaisirs, qui réaliseront les conditions de l'opération hypotaxique, et qui nous rendront suggestionnables à notre insu ? Et une fois mis, bien que sans nous en douter et pleinement éveillés, dans cette situation d'hypotaxie, ne pourrons-nous pas de la même manière être suggestionnés fortuitement par ce qui se dit autour de nous, par ce que nous lisons, par les spectacles qui frappent nos regards et notre imagination ? Oui, certainement, il en est ainsi, le raisonnement et l'observation m'en ont convaincu. Et alors, n'est-il pas à croire, n'est-il pas infiniment probable que ces suggestions de hasard se traduiront par des perturbations cérébrales, par des symptômes névropathiques semblables à ceux que le suggestionneur produit par ses artifices ? Incontestablement oui, et j'en conclus qu'une multitude de cas de névroses, manies, monomanies, états hystériques et épileptiformes, hallucinations, perversions sensorielles et mentales de toute espèce et de toute forme, contre lesquelles la médecine épuise inutilement ses ressources, ont pour origine et pour cause une hypotaxie et une idéoplastie accidentelles et non voulues.

Tirez maintenant de ces prémisses leur conséquence pratique, et vous direz avec moi que de telles affections peuvent compter sur un remède et sur un seul : l'action idéoplastique, qui peut heureusement détruire le mal qu'elle a fait naître, et avec une égale sûreté.

N'allez pas croire, messieurs, que je cherche à éluder le côté délicat et brûlant de mon sujet. Je sais comme on se préoccupe en ce moment dans le public des dangers de la suggestion. Ces dangers, je ne les nie pas ; je les ai signalés moi-même, il y a plus d'un tiers de siècle, je sais bien à quoi m'en tenir à cet égard.

Oui, la suggestion peut causer toutes sortes de névroses et jusqu'à la folie elle-même sous ses formes les plus bizarres, et peut faciliter certains crimes. Qu'allez-vous en conclure ?

Que l'emploi de la suggestion doit être proscrit, et qu'à cause de l'abus possible il faut se priver de l'usage, quelque bienfaisant qu'il puisse être ?

S'il en est ainsi, je demanderai à mon tour, en usant de la même logique, que l'arsenic, l'opium, la strychnine, soient rayés du Codex, car il suffit d'une méprise, d'un moment de distraction du méde-

vulve une compresse imbibée d'une solution de sublimé.

Toutes les semaines, les tubes sont retirés, soigneusement lavés et remis en place.

Le 21 avril, je constate par le toucher, combiné avec le palper abdominal, que l'utérus est notablement revenu sur lui-même. Son bord supérieur présente deux bosselures latérales, séparées par une encoche, comme s'il existait un utérus double et bilobé. L'examen au spéculum montre au fond du vagin une surface rouge formée par des bourgeons charnus.

Le 3 mai, les douleurs menstruelles, qui survenaient avant l'opération pendant les premiers jours de chaque mois, ne se font pas sentir. Le calme est complet. L'utérus ne se tuméfie pas. Le liquide qui s'écoule par le vagin semble un peu plus abondant et plus coloré.

Le 3 juin, un écoulement teinté en rouge ne se produit pas. Aucune douleur ne se fait sentir dans le bas-ventre.

Les époques menstruelles suivantes sont caractérisées par des douleurs, avec pesanteur dans les reins et ténesme du côté de l'anus. Mais elles ne donnent lieu à aucun écoulement par la vulve, et l'utérus n'est pas le siège d'une tuméfaction appréciable.

L'opérée a porté constamment, pendant quatre mois, le cylindre vaginal formé par des tubes en caoutchouc. Malgré ce corps étranger, la rétraction cicatricielle a eu pour effet de diminuer le calibre et la longueur du vagin artificiel. L'orifice vulvaire s'est constitué aux dépens de la muqueuse des parties génitales externes, muqueuse qui a été attirée en dedans à mesure que les bourgeons charnus du conduit vaginal se cicatrisaient.

L'établissement d'un orifice vulvaire bien bordé par la muqueuse a permis de remplacer les tubes de caoutchouc par un pessaire à air que l'on dilatait dans le vagin après son introduction.

On put ainsi maintenir le résultat opératoire jusqu'au 13 novembre, jour où Marie D... quitta la Pitié.

A cette date, elle avait un vagin permettant la copulation. Elle n'était pas réglée, probablement à cause d'une malformation utérine. Mais les douleurs excessives qui accompagnaient avant l'opération chaque menstruation avaient été remplacées par un malaise fort supportable.

J'ai tenu à communiquer cette observation parce qu'elle diffère notablement des observations dans lesquelles l'absence du vagin est limitée à sa partie inférieure et la rétention du sang menstruel considérable. Dans notre fait, au contraire, le vagin faisait complètement défaut dans toute son étendue; l'utérus était imperforé, et la rétention des règles jouait un rôle secondaire. Mais, comme les douleurs qui accompagnaient chaque menstruation pouvaient être attribuées à cette petite rétention de sang dans le corps de l'utérus, il était indiqué de créer un vagin pour lui donner une issue. Si notre opération n'a pas eu pour résultat d'établir l'écoulement des règles, c'est que le molimen hémorrhagique ne se produit pas d'une manière appréciable chez le sujet en question. Néanmoins, par un phénomène difficile à expliquer, elle a fait disparaître les douleurs de la menstruation. En outre, elle a donné à cette jeune femme la possibilité d'avoir des rapprochements sexuels et de se marier.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

TUMEURS FIBRO-KYSTIQUES DE L'UTÉRUS. — ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN SUR UNE BANDE FIBREUSE DÉVELOPPÉE ENTRE DEUX D'ENTRE ELLES. — MORT; par MM. BAULAY, interne, et BARET, externe des hôpitaux.

T... (Alphonsine), 49 ans, entre le 19 novembre 1886 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Geneviève, dans le service de M. le docteur Gérin-Roze.

Pas d'autres antécédents que des accidents péritonitiques indéterminés qui tinrent la malade au lit pendant un mois, il y a treize ans. Assez bien réglée jusqu'ici, elle est amenée à l'hôpital par des douleurs de ventre qui durent depuis trois mois et par une métrorrhagie qui s'est déclarée il y a dix jours.

Le sang est rendu en partie sous forme de caillots, et son abondance est telle que l'on remet à un autre jour la pratique du toucher vaginal.

Malgré cette perte abondante, la malade offre un facies assez coloré. Elle jouit d'un certain embonpoint, mais accuse cependant un peu d'amaigrissement depuis le début de ses douleurs abdominales, c'est-à-dire depuis trois mois. Constipation habituelle.

Grâce au repos dans le décubitus horizontal et à quelques injections d'eau chaude, l'hémorrhagie cesse au bout de deux ou trois jours, et l'examen local est pratiqué.

La main, appliquée à plat au-dessus du pubis, y fait constater la présence d'une tumeur dure, irrégulière, bosselée, envoyant des

---

cin qui prescrit ou du pharmacien qui remplit la prescription pour que le remède devienne un poison mortel. Je demanderai qu'on renonce aux bienfaits de l'anesthésie chirurgicale, car il suffit de prolonger de quelques secondes de trop l'application de l'anesthésique pour que le patient soit plongé dans un sommeil dont il ne se réveillera pas.

Que veut le bon sens, que veut la sécurité publique? C'est que le mal, qui est toujours plus ou moins à côté du bien, comme son ombre, soit rendu impuissant au moyen de justes précautions; c'est que certains médicaments héroïques, qui sont en même temps des poisons subtils, ne soient pas manipulés et administrés par le premier venu; en un mot, c'est que la suggestion ne soit maniée que par des mains exercées, prudentes, et, avant tout, honnêtes. Ces conditions assurées, les dangers que l'on redoute et dont on fait si grand bruit n'existent plus. Je pratique l'idéoplastie depuis trente-cinq ans; je n'ai pas eu un seul accident notable à regretter. L'honorable docteur Liébault (de Nancy) a, depuis plus de vingt ans, une clinique hypnotique où il traite journellement un certain nombre de malades par voie de suggestion; or, Liébault est réputé dans la contrée un bienfaiteur de l'humanité; des milliers d'affligés lui doivent la santé, personne ne l'accuse de la lui avoir fait perdre ou d'avoir aggravé ses maux.

Toutefois, il faut que l'hypnotisme se hâte de prouver sa légitimité à Paris et ailleurs, de même qu'à Nancy, par des cures journalières, par des services nombreux et éclatants rendus à la santé publique. Telle est la réponse qu'il doit à ses détracteurs. Pour ma part, si je pouvais contribuer par mon enseignement à amener ce résultat, je consacrerais volontiers ce qui me reste de forces à une œuvre aussi belle.

L'aperçu que je viens de donner *grosso modo* suffit, je pense, pour qu'on ait maintenant une idée générale de la manière dont je conçois la grande question hypnotique, et de la méthode, à mon avis la meilleure et la seule bonne, par laquelle il convient de la traiter. Je me propose de développer cet exposé sommaire de principes dans une série de leçons, à la fois théoriques et techniques, dans lesquelles il ne sera rien épargné pour communiquer tout le peu que je sais à mes auditeurs, et les mettre à même de rendre à leur tour à la science des services qui, si mon souhait s'accomplit, surpasseront les miens.

prolongements dans les deux fosses iliaques, mais surtout à droite. La tumeur est légèrement mobile avec l'utérus.

La lèvre antérieure du col est volumineuse et fait saillie dans le vagin. Sa surface est irrégulière, comme grenue, et donne la sensation d'une surface ulcérée : sa consistance est ferme. L'orifice est difficile à trouver au milieu de ces irrégularités. Les culs-de-sac sont libres.

Le doigt ramène un peu de sang : pas d'odeur.

L'examen au spéculum n'est pas pratiqué, de peur de provoquer une nouvelle hémorrhagie.

On fait le diagnostic de corps fibreux de date ancienne, avec possibilité d'un épithélioma du col surajouté.

Le 14 décembre, les douleurs s'étant amendées, l'état général restant assez bon, la malade est conduite à la salle Sainte-Marthe, pour être soumise à l'examen de M. le professeur Duplay.

Elle se lève elle-même de son lit, marche lentement, avec sensation de pesanteur dans le bas-ventre, mais sans douleurs. M. Duplay, faisant de grandes réserves sur l'existence d'un épithélioma au col, conclut à une intervention chirurgicale, et on convient de faire passer la malade dans son service trois jours après.

En revenant à la salle Sainte-Geneviève, la malade éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre ; elle ne rejoint son lit que péniblement et soutenue par une de ses camarades.

Le soir, les douleurs persistent, malgré le repos. Le facies est pâle ; nausées. Deux vomissements verdâtres. Temp. 37°,2.

15 décembre. — Les douleurs et les vomissements persistent. Pas de selle. Un lavement à la glycérine reste sans effet. T. matin, 36°,8 ; soir, 37°.

16 décembre. — Les vomissements ne se sont pas reproduits, mais la constipation reste absolue. Pas de rejet de gaz par l'anus. Prostration complète. Plaintes inintelligibles. T. matin, 37° ; soir, 36°,2.

17 décembre.— Même état le matin. Dans l'après-midi, la perte de connaissance devient absolue. Refroidissement des extrémités. Pouls filiforme. T. matin, 35° ; soir, 34°,5.

Décès à six heures du soir.

Autopsie.—A l'ouverture de la cavité abdominale, 3 ou 4 anses intestinales distendues par des gaz viennent faire saillie au-dessus du pubis.

En les soulevant, on met à découvert une tumeur de la grosseur du poing, développée aux dépens du fond de l'utérus et présentant tous les caractères d'un fibro-myome, ou mieux d'un amas de corps fibreux juxtaposés. A gauche de l'utérus, on voit émerger du petit bassin une tumeur arrondie, à surface lisse, de la grosseur d'une tête de fœtus et présentant 39 centim. de circonférence. La trompe rampe à sa surface. Elle semble développée soit aux dépens du ligament large, soit plutôt aux dépens de l'ovaire dont on ne trouve pas trace. L'incision de la tumeur montre qu'il s'agit d'un kyste rempli d'un liquide très épais, de couleur brun-chocolat.

Une bride fibreuse de 9 centimètres 1/2 de long sur 1 millimètre de diamètre est étendue du kyste à la tumeur utérine, à la façon d'un pont. Au-dessous d'elle est engagée une anse qui est comprimée en ce point entre la bride et la tumeur. Le siège de l'étranglement est à 2 centimètres 60 au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Au-dessus, l'intestin est distendu par des gaz et quelques matières ; au-dessous, il est revenu sur lui-même et vide. Au niveau du point comprimé, la muqueuse est seulement un peu congestionnée ; l'étranglement est d'ailleurs peu serré.

L'examen de l'utérus retiré de la cavité abdominale fait voir que l'hypertrophie de la lèvre antérieure du col est due au développement d'un fibro-myôme en ce point. Deux ou trois des tumeurs développées vers le fond de l'utérus présentent les caractères de tumeurs fibro-kystiques.

Les phénomènes d'occlusion qui ont emporté la malade sont susceptibles d'une interprétation assez logique. L'apparition des accidents au moment même où cette femme, après un décubitus prolongé, a dû se livrer à des mouvements inaccoutumés, constitue autre chose qu'une circonstance fortuite. Il semble rationnel d'admettre là une relation de cause à effet. L'examen minutieux et soigné auquel la malade a été soumise, mais surtout les changements de position qu'elle a dû subir en quittant son lit pour se transporter dans une autre salle, monter sur le lit du spéculum, s'y placer convenablement, etc., sont suffisants pour expliquer le glissement d'une anse intestinale au-dessous de la bride fibreuse, soit qu'elle s'y soit engagée d'emblée, soit qu'elle y fût déjà engagée partiellement et qu'elle n'ait fait en cet instant que pénétrer plus avant.

REVUE DE LARYNGOLOGIE

ET D'OTOLOGIE

Recueil clinique sur les maladies du larynx, tome I, fasc. 1, par le docteur E.-J. Moure.

Bien que nous soyons très en retard à propos de ce volume, il nous faut cependant le signaler aux lecteurs de la Gazette médicale, à cause de son intérêt et de la rareté d'ouvrages de ce genre dans notre pays. Cet opuscule in-8° de 120 pages de petit texte, qui sera à bref délai suivi d'un second, renferme un certain nombre de leçons faites par l'auteur à sa clinique. Il étudie successivement la laryngoscopie, l'œdème aigu primitif des replis aryténo-épiglottiques, la laryngite syphilitique, les paralysies laryngées à forme rare, paralysie de l'aryténoïdien, paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, paralysies unilatérales, les kystes du larynx auxquels l'auteur a déjà consacré une monographie, la laryngite sèche, qui n'est pas une affection indépendante, et la tuberculose du larynx. Ces leçons, qui témoignent d'une grande érudition, sont accompagnées d'observations personnelles fort intéressantes. Il n'y manque qu'une table des matières et un index alphabétique qui permette de trouver instantanément ce que l'on cherche.

Étude expérimentale sur la phonation, par M. Lermoyez, Paris, 1886.

De cet important travail, nous ne pouvons donner ici que les conclusions :

1° Le mécanisme de l'élévation et de l'abaissement de la voix réside presque uniquement dans la tension ou le relâchement des cordes vocales. La longueur des cordes n'entre jamais comme facteur dans ces modifications, puisque, au contraire, elle augmente quand le son s'élève ;

2 Les variations de diamètre de l'ouverture glottique influent sur le timbre, mais non sur la hauteur de la voix ;

3° La béance de la glotte inter-aryténoïdienne produit constamment l'aphonie. La fermeture de cet espace au moment de l'émission du son est assurée par la contraction du muscle ary-aryténoïdien ; cependant il est probable qu'un léger degré d'écartement des aryténoïdes est compatible avec la production des sons graves du registre de poitrine ;

4° La contraction simultanée des crico-aryténoïdiens latéraux et postérieurs assure la fixation solide des aryténoïdes sur le cricoïde, sans laquelle l'effet des muscles vocaux n'est point possible ;

5° Le crico-aryténoïdien est le seul muscle tenseur des cordes vocales ;

6° Le thyro-aryténoïdien interne a deux effets quand il se contracte :

(a) En rapprochant leurs extrémités, il relâche les cordes vocales ligamenteuses.

(b) En se gonflant, il exerce sur celles-ci une pression latérale de dehors en dedans qui assure le maintien de la voix de poitrine.

7° Il y a donc, dans le larynx accommodé à la phonation, antagonisme et lutte vocale perpétuelle entre les tenseurs et les relâcheurs des cordes vocales ;

8° L'intonation normale résulte de l'équilibre qui s'établit entre ces deux forces opposées ;

9° Indépendamment de la contraction du muscle crico-thyroïdien qui les tend activement, les cordes vocales subissent de la part de l'air expiré une tension passive ; cette tension passive joue un grand rôle dans la production des sons élevés ;

10° La compensation vocale est le phénomène grâce auquel une note peut être variée dans son intensité sans que sa hauteur se modifie ; elle est due à ce que la tension active des cordes vocales diminue quand la tension passive augmente et inversement, de façon que la somme de ces deux tensions reste constante. Le crico-thyroïdien est le muscle de la compensation vocale ;

11° Le son vocal est dû aux vibrations primitivement sonores des cordes et non aux vibrations de l'air ;

12° Le muscle thyro-aryténoïdien ne vibre jamais ;

13° *Dans la voix de poitrine*, les couches fibreuse et muqueuse vibrent ensemble ; le muscle thyro-aryténoïdien reste contracté ; la fente glottique est presque nulle ; il y a forte pression, mais faible dépense d'air ;

Dans la voix de fausset, la muqueuse vocale vibre seule ; le muscle thyro-aryténoïdien est relâché, la glotte demeure elliptique et béante ; la dépense d'air expiré est forte, mais sa pression est très faible ;

Le muscle thyro-aryténoïdien interne est le muscle de la voix de poitrine ;

14° L'écart qui existe entre les diapasons de ces deux registres est en moyenne d'une quarte ;

15° Les différences de hauteur de ces deux registres sont dues aux différences de longueur des anches vocales.

DES CORNETS ACOUSTIQUES ET DE LEUR EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE LA SURDI-MUTITÉ, par le docteur J.-A.-A. RATTEL. — Paris, 1886.

Dans un petit volume de 132 pages, l'auteur passe en revue tous les appareils destinés à perfectionner une ouïe insuffisante. Il classe les cornets acoustiques et étudie successivement ceux qui tiennent seuls dans l'oreille, ceux que le sourd tient à la main, ceux dont l'interlocuteur tient l'extrémité. Il décrit ensuite les « appareils » acoustiques, audiphones, phonophores, tympan artificiel, etc., et passe à leur indication. Il montre ensuite l'usage qu'en peuvent faire les professeurs de sourds-muets.

En effet, contrairement à une opinion assez répandue, le sourd-muet n'est pas totalement sourd ; il entend même quelquefois la parole. On comprend donc qu'on pourra sauver un enfant sourd de la surdi-mutité, si on lui met entre les mains un appareil qui augmente son ouïe d'une quantité suffisante pour entendre la personne qui lui donne des soins.

L'ouvrage est accompagné d'un historique et d'une bibliographie très complets, et se termine par un index alphabétique de tous les noms cités.

LE MÉCANISME DES OSSELETS DE L'OREILLE ET DE LA MEMBRANE DU TYMPAN, par M. le docteur HELMHOLTZ, traduit par M. RATTEL. — Paris, 1886.

On sait que c'est Helmholtz qui, en 1869, a bien analysé pour la première fois le mécanisme des osselets de l'oreille dans un mémoire publié dans les *Archives de physiologie de Pflüger*. Bien que tous les traités d'otologie et de physiologie reproduisent en substance le résultat de ce travail, nous devons remercier le docteur Rattel, qui nous donne l'occasion de le lire directement et de nous rendre compte de la façon dont l'illustre savant a traité la question au point de vue anatomique, physiologique et mathématique.

(A suivre). Dr CALMETTES.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

Suite et fin. — Voir les numéros 13 et 14.

VIII. SUR LES PROCESSUS SÉCRÉTOIRES ET SYNTHÉTIQUES QUI SE PASSENT DANS LES REINS ET SUR LA THÉORIE DE L'ACTION DES DIURÉTIQUES, par I. MUNK de Berlin (*Virchow's Archiv*, 1887, t. CVI, fasc. 2, p. 291. — IX. SUR L'ACTION DIURÉTIQUE DE LA COCAÏNE, par le professeur DA COSTA et le docteur PENROSE (*Medical News*, 1886, n° 25, et *Centralblatt für die medic. Wissenschaften*, 1887, n° 9). — X. SUR LE SULFATE DE SPARTÉINE, par le docteur H. STOESSEL (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, 1887, fasc. 4, p. 163). — XI. A QUELLE PÉRIODE DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES AIGUËS DU SYSTÈME NERVEUX FAUT-IL COMMENCER LE TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ, par H. FRIEDLÆNDER (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1887, n° 2).

VIII. Du long mémoire de MUNK nous nous bornerons à extraire les données suivantes qui offrent un intérêt particulier pour le thérapeutiste.

Les expériences et les observations faites par l'auteur l'amènent à conclure que, de toutes les substances réputées diurétiques, la digitale est la seule qui active la sécrétion urinaire en vertu d'une action directe exercée sur les centres nerveux, laquelle retentit ensuite sur le cœur, sur la tension intra-vasculaire et sur la rapidité du cours du sang. Dans les expériences qui ont été faites avec la digitale, sur des reins extirpés dans lesquels on entretenait une circulation artificielle, Munk n'a jamais pu constater une influence locale sur les vaisseaux ou sur les éléments sécréteurs (cellules épithéliales).

Tous les autres agents diurétiques étudiés par Munk sont redevables de leur action diurétique à une influence directe exercée sur les vaisseaux du rein (dilatation des vaisseaux, accélération du cours du sang) et plus encore sur les éléments sécréteurs de cet organe, en vertu de quoi ces éléments se laissent traverser par une plus grande quantité d'eau et de principes solides. Les seules différences qu'on relève dans l'action de ces diverses substances portent sur l'intensité de l'action diurétique, sur le degré de la dilatation vasculaire locale et des modifications fonctionnelles imprimées aux élé-

ments sécréteurs du rein. C'est le chlorure de sodium, injecté dans les vaisseaux en quantité telle que le sang renferme 2 pour 100 de ce sel, qui manifeste l'action diurétique la plus puissante; la sécrétion urinaire peut être quintuplée, sans que pour cela la vitesse du sang subisse une accélération locale durable. Bien plus, la vitesse du sang ne tarde pas à descendre au-dessous de ce qu'elle était au commencement de l'expérience.

Avec le nitrate de potasse et la caféine, la sécrétion urinaire est sextuplée, la vitesse du cours du sang dans les reins ne subit également qu'une accélération passagère.

Avec le sucre (contenu dans le sang dans la proportion de 3/4 %) et la glycérine (proportion dans le sang 1 — 1,5 0/0), la sécrétion urinaire devient 5 — 4 1/2 fois plus active; avec l'urée, la sécrétion urinaire est quadruplée, la vitesse du sang dans les reins est doublée; avec la pilocarpine, la sécrétion urinaire atteint une valeur six fois plus grande, la vitesse du sang une valeur 2 1/2 — 3 fois plus grande. En somme, il n'existe pas de parallélisme entre l'action vaso-dilatatrice que ces diverses substances exercent sur les vaisseaux des reins, et leur action sécrétoire sur les éléments épithéliaux de cet organe.

Pour la quinine, il semble que l'action diurétique soit imputable surtout à l'influence vaso-dilatatrice de cette substance, car la sécrétion urinaire augmente du double seulement, tandis que la vitesse du sang dans les reins augmente dans la proportion de 1 1/2 à 1 3/4. Toutefois, la présence d'une plus forte proportion de principes solides dans l'urine dénote que la quinine agit également sur les éléments sécréteurs des reins.

Enfin la morphine (0,025 % dans le sang) et la strychnine (0,04 %) restreignent l'activité sécrétoire des reins (de moitié la première, du quart la seconde); en même temps la vitesse du sang dans les reins diminue d'un tiers. La morphine agit à la fois sur les éléments sécréteurs et vasculaires des reins; la strychnine sur les vaisseaux seulement.

IX. Dans 8 cas sur 11, Da Costa et Penrose ont vu l'administration de la cocaïne (1/2 à 1 grain, de une à trois par jour) augmenter la sécrétion urinaire du double environ. L'effet diurétique persiste quelque temps après qu'on cesse l'administration de la cocaïne. Vient ensuite une phase pendant laquelle l'administration d'un autre diurétique agit plus énergiquement que dans les circonstances communes.

L'effet diurétique de la cocaïne consiste à la fois dans une augmentation de la quantité d'eau qui traverse le filtre rénal durant un temps donné et, dans une augmentation des principes solides éliminés par cette même voie. De même, dans un cas de maladie de Bright, l'administration de la cocaïne a produit, en même temps qu'une augmentation de la diurèse, une augmentation de l'albuminurie. Ce n'est donc pas un médicament à prescrire dans les cas de néphrite, mais seulement dans les cas d'hydropisies d'origine cardiaque sans lésion rénale concomitante.

X. M. G. Sée attribue au sulfate de spartéine une action sur le cœur et le pouls, semblable à celle de la digitale, mais plus rapide, plus énergique et plus durable. M. Stoessel a expérimenté ce nouveau médicament sous la direction et dans le service du professeur Schrœtter, à l'Hôpital général de Vienne. Il donne la relation sommaire de six observations, complétée par des reproductions de tracés sphygmographiques qui montrent que le sulfate de spartéine, même à doses relativement fortes (jusqu'à 10 centigrammes en deux prises), continuées pendant plusieurs jours, n'influence que médiocrement l'amplitude et le rythme (troublé) du pouls. Le résultat était surtout peu prononcé dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur. Deux autres observations sont invoquées comme preuves que, chez les cardiaques, on obtient des effets diurétiques plus accusés avec la digitale qu'avec la spartéine. Dans un cas d'hydropisie brightique et dans un cas de cirrhose du foie avec ascite et hydropisie, l'emploi de la spartéine, en vue d'une action diurétique éventuelle, a complètement échoué. Bref, l'auteur conclut de ses observations : Que le sulfate de spartéine, administré par prises de 0,01 à 0,05 à la dose quotidienne de 0,10, agit à la manière de la digitale (chez les cardiaques) mais plus faiblement; que ce n'est pas un diurétique proprement dit; qu'il est erroné de prétendre que la spartéine est supérieure à la digitale à tous égards; que le premier de ces deux médicaments ne saurait donc être substitué au second qu'en cas d'intolérance de celui-ci ou pour maintenir la pression intra-vasculaire au même niveau, après suspension de l'administration de la digitale.

XI. Il était universellement admis jusqu'ici que, dans les affections inflammatoires aiguës du système nerveux, l'emploi de l'électricité est plus nuisible qu'utile, au début, et doit être ajourné jusqu'après la chute de la fièvre. M. Friedlænder n'hésite pas à s'élever contre cette manière de voir, qui pouvait être justifiée à une époque où on ne connaissait du courant électrique que l'action excitante et hypérémiante. Aujourd'hui qu'on dose le courant galvanique comme n'importe quel agent de la matière médicale, on peut à volonté obtenir avec l'emploi du courant constant des effets sédatifs et ischémiants. Appliquer dans le voisinage d'une moelle qui est le siège d'un processus inflammatoire récent, un courant dont l'intensité mesure 10 M. A, c'est s'exposer à des mécomptes graves. Que si l'on s'en tient à l'emploi de densités de courant qui ne dépassent pas 1/20 pour la moelle et les nerfs périphériques, 1/30 pour le cerveau, on sera sûr de ne jamais nuire, et dans bien des cas on aura des chances d'enrayer un processus inflammatoire à ses début, d'arracher le patient à un mal qui serait devenu incurable dans la suite. On ne doit donc pas craindre de recourir prématurément à l'emploi du courant galvanique dans un cas de névrite aiguë, de myélite, de poliomyélite, de polioencéphalite, etc., à condition de procéder avec toute la prudence exigible et de ne pas dépasser, en fait d'intensité de courant, les limites indiquées plus haut. M. Friedlænder n'admet d'exception à cette règle que pour les affections qui s'accompagnent d'un état d'anémie des centres nerveux, comme il arrive dans les cas de thrombose sénile, par exemple.

En manière de preuve, l'auteur cite une observation qui n'est pas des plus convaincantes et qui concerne une jeune fille de 11 ans, chez laquelle l'emploi du courant galvanique, au début d'une poliomyélite aiguë, n'empêcha pas que douze semaines plus tard la parésie subsistait au membre supérieur gauche, avec atrophie du deltoïde.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

I. Sur l'électrisation généralisée et localisée au moyen de courants à haute tension (Franklinisation), par le professeur Eulenburg, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, nos 13 et 14).

II. Sur les effets du chlorhydrate d'hyosciamine, par KOBERT (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak*, Bd XXII, fasc. 6, p. 396, 1887).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

DU RÉGIME ALIMENTAIRE. — TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DES MALADES, par M. GERMAIN SÉE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine. — Un vol. in-8 de 744 p. Paris, 1887, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

La connaissance chaque jour plus approfondie de la pathogénie n'a pas bouleversé la thérapeutique; c'est là un sujet d'étonnement pour beaucoup et un argument fréquemment employé par ceux qui battent en brèche les travaux modernes. « A quoi bon modifier les notions étiologiques qui remplissent nos livres classiques, puisque vous continuez à couper la fièvre avec le sulfate de quinine, comme nos pères, à tonifier les pneumoniques, comme nos aînés, à ne guérir ni les phthisiques ni les cancéreux, comme toutes les générations précédentes? »

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les travaux *sérieux* provoqués par le grand courant pastorien pour voir au contraire combien l'étude de la bactériologie a introduit de modifications utiles dans les méthodes thérapeutiques qui ont pour objet les maladies reconnues infectieuses. Si beaucoup de maladies aiguës sont traitées comme elles l'étaient autrefois, c'est que la connaissance de l'agent infectieux, du microbe pathogène, est venue justifier l'emploi de certaines substances devinées depuis longtemps par un empirisme judicieux, quelquefois par une intuition géniale.

Dès lors, cet emploi est réglementé, rendu plus efficace par cela même qu'il a un but connu; ce n'est plus contre le *génie* de la maladie, terme vague et cachant mal une ignorance craintive, mais contre un agent défini, vivant, que sont dirigées les actions de telle ou telle substance. Plus nous avancerons dans la connaissance de cet être, de ses conditions de vie et de développement, plus nos méthodes thérapeutiques atteindront de précision.

Une des conséquences les plus immédiates de ce progrès a été de diminuer l'importance d'une pharmacologie trompeuse en éliminant bon nombre de médicaments encombrants et inutiles, et d'augmenter au contraire l'influence de l'hygiène, surtout de l'hygiène alimentaire.

M. le professeur Jaccoud l'a dit avec raison: «Il faut éviter de tuer le malade en voulant tuer le microbe», et l'on doit souvent renoncer, quant à présent, à détruire sur place l'agent morbide par l'introduction dans l'économie de substances nuisibles au malade non moins qu'au micro-organisme. Mais lorsqu'on a étudié d'un peu près les conditions de développement des microbes, les qualités que doivent présenter leurs milieux de culture, les substances qui favorisent ou entravent leur vie et leur prolifération, on reconnaît qu'un des meilleurs moyens de défense contre cet ennemi venu du dehors est de mettre l'organisme humain dans des conditions non favorables à cette vie, à cette prolifération.

L'atmosphère que nous respirons est surchargée de microbes de toutes espèces; le tube digestif renferme non seulement des microbes communs, que l'on retrouve constamment dans la salive, dans les matières fécales, et dont quelques-uns jouent certainement un rôle dans les actes physiologiques, mais encore des bactéries appartenant aux espèces les plus dangereuses. Si l'existence peut persister normale dans un milieu ambiant saturé d'éléments pathogènes, c'est que les tissus, le sang, les liquides organiques, le milieu intérieur, en un mot, n'offrent pas à ces micro-organismes les conditions nécessaires à leur vie et à leur développement. C'est donc à maintenir cet équilibre protecteur dans la composition de nos tissus que doit tendre l'hygiène alimentaire chez l'homme sain, à le rétablir que doit tendre l'hygiène alimentaire chez l'homme malade.

L'actualité de cette question et les discussions dont elle est l'objet ont déterminé M. le professeur Germain Sée à publier dès maintenant un *Traité du régime alimentaire*, dont la partie essentielle est le *traitement hygiénique des malades*.

La première partie, qui constitue un bon tiers du volume, traite du régime alimentaire de l'homme à l'état de santé. On y trouve, sous une forme concise, l'état complet de nos connaissances actuelles sur la physiologie de la nutrition.

Les expériences de laboratoire ont conduit à une analyse minutieuse de la chimie alimentaire: toutes les substances nutritives ont été décomposées, et de la confrontation de leurs éléments constituants avec les éléments constituants de nos organes sont nées des règles d'alimentation purement théoriques, dont bien souvent la pratique a démontré l'inanité. Il faut, en effet, se méfier de la tendance que les études chimiques ont introduite dans l'interprétation des actes physiologiques. La vie n'est pas un phénomène décomposable en éléments simples, et la cellule est un individu, possédant une vie propre, complexe, qui échappe plus ou moins à la prévision des réactions chimiques, toujours identiques à elles-mêmes.

La thérapeutique raisonnée a été sujette aux mêmes erreurs: combien de fautes n'a-t-on pas faites en interprétant l'action des médicaments d'après leurs réactions *in vitro*? Les eaux minérales sont un exemple frappant de ces errements: la minéralisation des eaux ne varie, en effet, que dans des proportions souvent minimes; les sels qui y sont contenus agissent, a-t-on pu dire, en allant dissoudre directement les tophus, les calculs du foie, du rein, etc. Or, ce principe minéral providentiel n'y est parfois représenté que par un chiffre qui prête à rire aux sceptiques.

D'autre part, deux sources voisines ou éloignées renferment une quantité notable d'un même sel, et cependant les indications thérapeutiques seront toutes différentes pour l'une ou l'autre de ces sources. Ainsi l'arsenic, prédominant dans les indications de la Bourboule, devient presque sans signification dans l'eau de Vichy, qui en contient jusqu'à 3 milligr. par litre. Est-ce à dire pour cela que la composition chimique des eaux minérales soit négligeable et qu'on puisse les employer indifféremment? Certainement non, et la pratique journalière montre combien sont nettes les indications de ce précieux agent thérapeutique. Il faut alors tenir compte des proportions réciproques des éléments chimiques, et surtout des principes organiques contenus dans ces eaux, et qui constituent en grande partie le *nescio quid* dont on constate chaque jour les effets sans arriver encore à en déterminer le mode d'action.

Il en est de même, disons-nous, pour les principes alimentaires; leurs métamorphoses dans la nutrition sont loin de correspondre exactement à ce qui se passe dans l'éprouvette;

bien des composés, identiques par leur équation chimique, sont très dissemblables dans leur fonction vitale. On peut donc, par une étude minutieuse des analyses et des synthèses chimiques, arriver à se rendre un compte approximatif de la valeur alimentaire des substances ; mais c'est par une critique sévère des expérimentations que l'on peut trouver à ces données une véritable sanction pratique.

C'est à ce double besoin que répond la première partie du traité de l'éminent professeur. Reprenant et critiquant les innombrables expériences faites dans ces dernières années, en Allemagne surtout, il arrive à n'en garder que les résultats précis, irréfutables ; puis, entrant dans le domaine de l'application, il établit, preuves en mains, quelles doivent être les qualités et les quantités des substances alimentaires dans les différentes conditions de santé.

C'est ainsi que les législateurs et les hygiénistes trouveront des chapitres d'une grande utilité pratique en ce qui touche l'alimentation de l'enfant, du lycéen, du soldat, du travailleur physique ou intellectuel, etc. Ces chapitres, en effet, renferment la critique motivée de règlements séculairement uisibles, et chacun de nous a intérêt à ce que ces paroles autorisées parviennent à qui de droit.

Enfin, cette première partie se termine par un intéressant paragraphe où sont formulés les principes qui doivent constituer un *régime fortifiant*, expression vague et souvent employée par les médecins, et non moins souvent interprétée de la façon la plus irrationnelle.

La deuxième partie est consacrée au *Traitement hygiénique des malades*.

Si le régime a emprunté aux découvertes récentes une importance toute nouvelle dans les maladies dites bactériennes, il a été de tout temps considéré comme la base essentielle du traitement dans les maladies chroniques ou constitutionnelles. « Il est des malades que le traitement hygiénique peut à lui seul mener à la guérison ; ce sont surtout ceux qui sont affectés de maladies chroniques dues aux défectuosités du régime, à l'absence de la musculation, à l'insuffisance de l'oxygénation », dit M. Germain Sée.

L'énumération des chapitres dira suffisamment comment le savant professeur entend cette étude :

1° Gastriques ;
2° Intestino-hépatiques ;
3° Fiévreux ;
4° Phtisiques ;
5° Chlorotiques, anémiques, névropathiques épuisés ;
6° Goutteux ;
7° Diabétiques ;
8° Obèses ;
9° Cardiaques ;
10° Albuminuriques.

Comme on le voit, M. Germain Sée ne nous présente plus la maladie artificiellement composée dans son cadre didactique, mais les types variés des malades eux-mêmes, avec leurs modalités diverses, dominées par la physionomie propre du processus : goutte, diabète, etc.

Chacun de ces chapitres est précédé d'une analyse rapide et claire de physiologie symptomatique, destinée à mettre en regard les accidents de nutrition et l'indication qui en découle. Le régime alimentaire n'est plus seul en cause ; M. Germain Sée, prenant l'un après l'autre ces états morbides, à l'étude desquels ses travaux antérieurs ont, pour plusieurs d'entre eux, lié irrévocablement son nom, fait un tableau complet du traitement qu'il convient d'instituer dans les formes multiples de ces affections interminables. Là, l'hygiène proprement dite et la diététique sont les principales ressources du médecin auquel les médicaments n'apportent le plus souvent qu'un secours passager.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'analyse détaillée de ces chapitres, dont chacun constitue une véritable monographie donnant au complet l'état actuel de la question. Contentons-nous de mentionner en particulier ceux qui traitent des goutteux, des cardiaques, des diabétiques, des obèses, tous sujets qui posent d'incessants problèmes dans la pratique journalière.

Le traitement hygiénique des malades représente le chapitre *Thérapeutique* qui aurait dû terminer l'œuvre de la *Médecine clinique*, dont quatre volumes ont déjà suffisamment montré la partie scientifique.

En publiant ce volume à l'avance, M. le professeur Germain Sée met entre nos mains un bréviaire qui évitera bien des tâtonnements.

RAY. DURAND-FARDEL.

NOTES & INFORMATIONS

CONFÉRENCES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. le docteur Segond, professeur agrégé, a fait le mercredi 23 mars sa première conférence de médecine opératoire, dans le grand amphithéâtre, devant un nombreux auditoire.

Avant de commencer l'étude des opérations qui se pratiquent sur le tube digestif et l'œsophage, il était nécessaire de rappeler quelques faits d'anatomie chirurgicale de l'œsophage. Après avoir parlé de sa longueur, de ses rapports, M. Segond a insisté sur les points rétrécis (14 millimètres) de ce canal siégeant l'un à l'origine, l'autre au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, le troisième à l'entrée de l'estomac.

Le cathétérisme peut être *explorateur, nutritif* ou *thérapeutique*

Le cathétérisme explorateur, qui est le seul moyen vraiment utile de diagnostic, se pratique avec différents instruments, sonde œsophagienne, baleine à boule, etc.

Il est important de donner au malade une bonne attitude ; il ne faut pas faire renverser la tête du patient en arrière, ce qui augmenterait la courbure de la colonne vertébrale, et la sonde ne passerait pas. L'attitude favorable consiste à faire porter légèrement la tête du sujet en avant pour rendre moins marquée la convexité antérieure de la colonne vertébrale.

L'instrument, enduit d'un corps gras, est alors introduit sans brusquerie pour ne pas pénétrer dans le tissu cellulaire périœsophagien ; il faut aller doucement, il faut que le malade avale en quelque sorte la sonde.

Pour éviter l'obstacle présenté par le cricoïde, il est bon d'introduire le doigt dans la bouche jusqu'à la base de la langue, d'accrocher ainsi le larynx et de faire pénétrer l'instrument.

M. Segond a ensuite décrit le cathétérisme nutritif, dont le gavage est une application. Dans les cas où le malade ne peut pas ou ne veut pas ouvrir la bouche, il s'agit de passer par le nez. A la suite de certaines opérations, cancer de l'œsophage, opérations sur la bouche, on se sert du cathétérisme par le nez pour alimenter les malades. Il faut alors prendre quel-

ques précautions pour éviter de pénétrer dans le larynx, on de déchirer l'œsophage, on de faire revenir la sonde par la bouche.

M. Segond a terminé cette conférence par la description des appareils nécessaires au lavage de l'estomac, tubes de Fancher, d'Andhoui, de Debove, etc.

Ces conférences de chirurgie, faites avec une clarté et une précision si parfaites, seront d'un grand secours non seulement aux jeunes étudiants, mais encore aux praticiens peu exercés; ceux-ci apprendront en quelques semaines à faire et surtout à bien faire ces opérations si importantes qui se pratiquent sur les voies digestives. A. M.

— RÉTABLISSEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION DANS LES FACULTÉS ET LES ECOLES D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE L'ÉTAT. — Les droits d'inscription, rétablis par la loi du 26 février 1887, viennent, par décret du 31 mars dernier, d'être rendus exigibles à partir du 1er avril. Les élèves auront à payer 120 fr. au commencement de l'année scolaire, ou 30 fr. par trimestre. De nombreuses dispenses sont accordées; les conditions de ces dispenses sont spécifiées dans un arrêté ministériel joint au décret, et surtout dans une circulaire adressée aux recteurs par le ministre de l'Instruction publique.

La jeunesse des Ecoles n'a pas accueilli avec faveur la nouvelle mesure. Elle a tenu plusieurs meetings et signe en ce moment une protestation à l'adresse du Sénat et de la Chambre des députés. Pendant ce temps, l'Association générale des étudiants, jugeant que les voies calmes, pacifiques, sont les plus sûres, travaille à obtenir l'extension la plus large possible du nombre des dispenses.

— INSTITUTION DU CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Nous nous sommes occupé, à plusieurs reprises, du mode de nomination des médecins de l'Assistance à domicile, et nous avons exprimé le vœu qu'il fût le même que celui qui est en vigueur pour les médecins des hôpitaux. Il ne devrait y avoir qu'une classe de médecins de l'Assistance publique, puisqu'en définitive il n'y a qu'une classe de malades indigente, et que la policlinique n'offre pas moins d'intérêt, à tous égards, que la clinique hospitalière. On arrivera peut-être un jour à cette unification; un pas dans cette voie vient d'être fait par l'institution du concours pour le recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance. Voici les dispositions de l'arrêté ministériel en date du 25 février dernier, venant compléter le décret du 12 août 1886 :

ARTICLE PREMIER. — Le concours pour les emplois de médecin des bureaux de bienfaisance est réglé ainsi qu'il suit :

1o Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance écrite en formule.

Les malades seront choisis par les juges avant la séance et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés à subir les épreuves.

Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen des malades; cinq minutes pour l'exposition orale du diagnostic et dix minutes pour la rédaction de l'ordonnance, avec formules, laquelle rédaction sera lue à la fin de la séance. Vingt-cinq points seront donnés pour cette épreuve.

Les vingt-cinq points seront divisés en :

a. Quinze points pour le diagnostic ;

b. Dix points pour l'ordonnance.

2o Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale (question commune à tous les candidats).

Une demi-heure sera accordée au candidat pour la rédaction de cette consultation, dont la lecture sera donnée en public.

Il sera donné quinze points pour la consultation écrite.

3o Appréciation des titres antérieurs.

Dix points seront accordés à l'appréciation des titres antérieurs.

Les épreuves seront publiques.

Il y aura un concours tous les ans, à moins de vacances exceptionnelles dans les places des médecins des bureaux de bienfaisance.

Les candidats, en s'inscrivant, indiqueront, par ordre de préférence, les arrondissements pour lesquels ils concourent.

Le jury sera composé de quatre médecins des bureaux de bienfaisance, ayant au moins dix années de fonctions et tirés au sort, et d'un délégué de l'Administration centrale.

Les règles générales des concours de l'Assistance publique seront applicables à ce concours.

ART. 2.—Le préfet de la Seine est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

F. DE R.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lapicque (Louis-Edouard), licencié ès sciences naturelles, est nommé aide du laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Calmels, décédé.

— M. Martin (André-François) docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Fauvel, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La liste de présentation pour la chaire d'anatomie pathologique, vacante par suite du décès de M. Estor, a été dressée ainsi qu'il suit : En première ligne, M. Kiener ; en deuxième ligne, M. Carrieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.—MM. Rémy et Simon, agrégés, sont appelés à l'exercice à partir du 16 avril 1887.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Un congé est accordé, sur sa demande, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887 à M. Blatin, professeur de physiologie.

M. Pojolat, suppléant, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Gusse, professeur de physique au lycée, est chargé d'un cours de physique.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le professeur Lannelongue et M. Horteloup, chirurgien des hôpitaux, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— MM. Bergeron, Cuffer, Gérin-Roze, Grancher, Hardy, Lallier, Constantin Paul, Robin et Tillaux, sont désignés par le sort pour faire partie du jury du concours pour le Bureau central.

ASILE D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Febvre, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues, est nommé à l'asile de Ville-Evrard, et maintenu à la classe exceptionnelle.

M. le docteur Maunier, médecin-adjoint à l'asile d'Aix-en-Provence, est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues (poste créé, 3e classe).

M. le docteur Dericq, ancien interne des asiles publics de la Seine, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (2e classe).

— M. le docteur Féré, médecin adjoint à l'hospice de la Salpê-

trière, est nommé médecin du service du quartier d'aliénés à l'hospice de Bicêtre

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Sur la proposition du Comité, le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs en médecine qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1883 :

Médaille d'or : M. le docteur Lagneau (de Paris).

Médaille d'argent : MM. les docteurs Lallement (de Nancy); Martellière (de Paris).

Médaille de bronze : MM. les docteurs Deligny ; Dévé (de Beauvais); Hecht (de Nancy); Laurent (de Rouen); Vauthier (de Troyes).

COMITÉS D'ADMISSION A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889. — I. *Classe* 14. — Médecine et chirurgie. — Médecine vétérinaire comparée.

MM. P. Berger, chirurgien des hôpitaux ; Bourneville, député de la Seine ; Charcot, membre de l'Institut ; Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale de la Faculté ; Chauveau, membre de l'Institut ; Collin, fabricant d'instruments ; Cornil, professeur à la Faculté ; David, directeur de l'Ecole dentaire ; A. Fournier, professeur à la Faculté ; Gosselin, membre de l'Institut ; Goubaux, directeur de l'Ecole d'Alfort ; Grancher, professeur à la Faculté ; Granjux, vétérinaire principal ; Guyon, professeur à la Faculté ; Landouzy, médecin des hôpitaux ; Lereboullet, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomaire* ; H. Liouville, médecin des hôpitaux ; H. Mathieu, fabricant d'instruments ; Richet, directeur de la *Revue scientifique* ; Servolas, vétérinaire principal ; Tarnier, professeur à la Faculté ; Trélat, professeur à la Faculté ; Verneuil, professeur à la Faculté ; Vulpian, membre de l'Institut.

II. *Classe* 64. — Hygiène et Assistance publique :

MM. Bechmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées ; Belleau, médecin-major ; Bergeron, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président du Comité consultatif d'hygiène ; Brouardel, doyen de la Faculté, président du Comité consultatif d'hygiène ; Cazelles, conseiller d'Etat ; Cernesson, architecte, Cheysson, ingénieur en chef des ponts et chaussées ; Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie ; Durand-Fardel, président honoraire de la Société d'hydrologie ; Faure-Dujarrie, architecte ; Cestin, directeur du service de santé au ministère de la marine ; Ch. Herscher, ingénieur ; Jacquot, inspecteur général des mines ; Jéramée, fermier d'eaux minérales ; A.-J. Martin, auditeur au Comité consultatif d'hygiène ; Mesureur, président de la Chambre syndicale des entrepreneurs de plomberie ; Napias, inspecteur général des services administratifs ; Nicolas, directeur du commerce au ministère ; L. Pasteur, membre de l'Institut ; Peyron, directeur de l'Assistance publique ; G. Pouchet, professeur agrégé à la Faculté ; A. Proust, professeur à la Faculté ; Bobinet, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; Th. Roussel, membre de l'Académie de médecine ; Vauthier, ingénieur civil ; Willm, professeur à la Faculté des sciences de Lille.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris au mois d'avril 1888 (un avis ultérieur indiquera la date précise), sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

1. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).

2. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

3. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevant et d'Estlander. Indications, contre-indications et résultats définitifs).

4. De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes et de la prophylaxie.

Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale le mercredi 13, le jeudi 14 et le vendredi 15 avril prochain, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois. A la fin de la séance d'ouverture, l'Assemblée fixera l'heure de la réunion suivante.

Ordre du jour.—1. Correspondance.—2. Présentation de membres nouveaux. — 3. Résumé des travaux de l'année, par M. le secrétaire.—4. Observation de laryngite hémorrhagique, par M. le docteur Garel (de Lyon). — 5. Traitement du catarrhe du sinus maxillaire, par M. le docteur Schiffers (de Liége). — 6. Considérations cliniques sur l'obstruction de la trompe d'Eustache, par M. le docteur Miot (de Paris). — 7. Traitement chirurgical de la phthisie laryngée, par M le docteur Héring (de Varsovie).—8. Quelques considérations cliniques sur la rhinite atrophique, par M. le docteur Noquet (de Lille). — 9. Observation d'otite moyenne subaiguë.—Granulie aiguë; mort, par M. le docteur Ménière (de Paris. — 10. Glottes supplémentaires, par M. le docteur Gouguenheim (de Paris). — 11. Otorrhée compliquée, par M. le docteur Delie (d'Ypres). — 12. Classification des muscles du larynx, par M. le docteur Moura (de Paris). — 13. Observation de chancre induré de la fosse nasale droite, par M. le docteur Moure (de Bordeaux). — 14. Rougeole ; otite moyenne purulente ; abcès mastoïdien, par M. le docteur Baratoux (de Paris).—15. Les pressions exercées sur le tympan, au point de vue du diagnostic, par M. le docteur Miot (de Paris). — 16. Kystes du larynx, par M. le docteur Garel (de Lyon). — 17. Tumeur du thyroïde, par M. le docteur Aigre (de Boulogne-sur-Mer. — 18. De la vue rhinoscopique antérieure, par M. le docteur Cresswell Baber (de Brighton).— 19. Lympathiques du larynx, par M le docteur Poirier (de Paris). — 20. Présentation de malade et d'instruments, par MM. les docteurs Miot et Garel.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE WASHINGTON. — Moyens de transport et frais de séjour en Amérique : Les Compagnies françaises refusant de faire des réductions sur leurs prix ordinaires, les médecins voulant se rendre à Washington devront s'adresser aux compagnies étrangères qui ont réduit leurs tarifs. Nous croyons leur être utile en leur donnant les renseignements suivants ;

The Red star line Co, d'Anvers à New-York, prendra 500 francs aller et retour en 1re classe. Ces bateaux faisant escale à Plymouth, on peut s'embarquer soit dans cette ville, soit à Anvers même.

The Royal Netherland Co, ainsi que l'*Inman line*, prendront 400 fr. aller et retour en 1re classe de Liverpool à New-York. — Les dames profiteront des mêmes avantages.

Les dépenses d'hôtel ne dépasseront pas 15 fr. par jour, de sorte qu'on peut évaluer de 600 à 650 les frais nécessités par le voyage et le séjour en Amérique.

L'agence Cook, rue Scribe, doit organiser des excursions à prix très réduits. Le programme en sera publié dans quelques mois.

Nous publierons les renseignements à mesure qu'ils nous parviendront.

Pour plus amples informations, s'adresser soit au docteur Paul Rodet, à Vittel (Vosges), soit au docteur Philipps, 10, Henrietta Street, Cavendish Square, à Londres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné en 1888. — Question proposée : « Obstétrique : du traitement des éclamptiques. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la

Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 mars 1888, limite de rigueur.

— M. le docteur Durand de Gros ouvrira son cours d'hypnotisme le 22 avril courant, 7, rue Royale. — S'adresser pour tous les renseignements à M. A. Bué, secrétaire du Comité d'organisation, 25, rue Clapeyron.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 27 MARS AU SAMEDI 2 AVRIL 1887

Fièvre typhoïde 51. — Variole 6. — Rougeole 73. — Scarlatine 4. — Coqueluche 10. — Diphthérie, croup, 40 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 235. — Autres tuberculoses 35. — Tumeurs : Cancéreuses 48. — Autres 7. — Méningite 39. — Congestion et hémorr. cérébr. 54. — Paralysie 12. — Ramollissement cérébral ... — Maladies organiques du cœur 77. — Bronchite aiguë 50. — Bronchite chronique 58. — Broncho-pneumonie 39. — Pneumonie 84. — Gastro-entérite : Sein ... — Biberon ... — Autres ... — Fièvre et périt. puerpérales ... — Autres affections puerpérales .. — Débilité congénitale 27. — Sénilité 23. — Suicides 25. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort .... — Causes inconnues ... — Total de la semaine: 1.260 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La prostitution à Paris, par le docteur A. Corlieu. Un volume in-18 jésus.

L'auteur dit ce qu'il a vu pendant les onze années qu'il a été attaché au Dispensaire de salubrité de la ville de Paris. Il a rédigé ces pages d'après des notes authentiques; il a dit, sans aucun esprit de parti, ce qu'il a observé, les lacunes qu'il a déplorées, le rôle effacé que l'administration laisse au corps médical, seul juge compétent en la matière.

Il y a un parti à prendre entre la réglementation et la liberté de la prostitution.

Partisan de la réglementation, l'auteur demande des réformes qu'il croit utiles et indispensables si l'on veut arriver, sinon à tarir, au moins à diminuer le mal à sa source.

Prix : 2 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8° avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1877, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Traitement de l'obésité et des troubles de la circulation (affaiblissement du cœur, compensation insuffisante dans les lésions valvulaires, cœur gras, troubles de la circulation pulmonaire, etc., par M. J. Œrtel, prof. à l'Université de Munich, traduit sur la 3e édition par M. le Dr R. Calmettes. — Bruxelles et Paris, 1886.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE GUÉRIE PAR LE RACLAGE. —OPÉRATION PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE PROVOQUÉ (CHEZ UNE FEMME HYSTÉRIQUE), par M. LOUIS GUINON, interne du service de M. le docteur S. POZZI, à l'hôpital temporaire Pascal.

La chirurgie peut utiliser l'hypnotisme pour faciliter les interventions opératoires, et dans ce but elle peut mettre en œuvre plusieurs méthodes qui varient avec les aptitudes du patient :

1o Accélérer la chlorormieation, en supprimant la période d'excitation, et faisant passer le sujet du sommeil hypnotique au sommeil chloroformique ;

« Quelques personnes, dit le professeur Bernheim, s'hypnotisent sous le chloroforme avant d'être chloroformées. Tous les chirurgiens ont vu des patients s'endormir brusquement, sans excitation, après quelques bouffées de l'anesthésique, alors que certainement celui-ci n'avait pas fait son œuvre; le sommeil hypnotique vient ainsi avant le sommeil chloroformique. »

2o Produire l'anesthésie complète ou suffisante pour une opération même laborieuse ; mais l'insensibilité obtenue ainsi est le plus sonvent unilatérale et ne peut servir que pour une opération portant sur un membre ; rarement elle est généralisée, ou alors elle est très incomplète. Il en existe cependant des exemples convaincants. Mais on conçoit, comme le dit M. Bernheim, « que les préoccupations anxieuses qui obsédent l'esprit des malades au moment d'une opération empêchent souvent la concentration psychique nécessaire au développement de l'état hypnotique » ; aussi de pareils résultats ne peuvent être obtenus que sur des sujets spéciaux, hystériques, et préparés de longue main ;

3o Enfin, il est un troisième mode d'emploi de l'hypnotisme qui met en œuvre plusieurs propriétés de cet état et peut être très utile :

En diminuant la sensibilité, ce qui permet de supprimer le chloroforme ;

En modifiant par suggestion les sensations du patient ;

En lui évitant les angoisses de l'opération dont on supprime ainsi même le souvenir.

C'est le but que nous sommes proposé dans le cas suivant :

Marie Delb... a seize ans ; elle est entrée le 13 octobre dans le service de M. Pozzi (1).

Nervosisme et scrofule, ainsi se résument les aptitudes morbides de sa famille.

(1) Les antécédents de la malade nous ont été communiqués par notre collègue Pfender.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

29 mars 1887.

La médecine des prospectus. — Guérison des cors aux pieds. — Précieuse découverte de la médaille électro-magnétique. — Sa contrefaçon électro-galvanique. — La guérison des cancers, de la phthisie, du croup. — Traitement du rhumatisme par des remèdes de Francfort. — Encore Paul Bert. — Derniers deuils scientifiques.

Nous ne lisons pas assez les prospectus pharmaceutiques. Ils nous dispenseraient aisément d'avoir une bibliothèque médicale en général fort coûteuse.

Et nous serions en outre toujours sûrs de prescrire, pendant qu'ils guérissent, les derniers remèdes inventés; en d'autres termes, de profiter des plus récentes découvertes.

***

Avez-vous à soigner les cors, œils de perdrix, durillons et verrues? Voici ce que nous apprend un simple feuillet imprimé : « Bien des remèdes ont été préconisés jusqu'ici pour la guérison des cors, mais c'est à peine si quelques-uns ont apporté aux malades un léger soulagement, tandis que la plupart n'ont été que nuisibles, souvent dangereux. Le docteur X... (de Hambourg), profitant des ressources qu'une longue pratique et les données les plus scientifiques mettaient à sa disposition, est parvenu à composer un remède pour les cors d'une incontestable vertu ; les témoignages les plus nombreux et les plus flatteurs de toutes les classes de la société en font foi. Il guérit radicalement les cors sans douleur et sans danger; son action est vraiment héroïque. Il sèche aussitôt appliqué, et dès lors son contact ne tache ni les bas, ni le linge de nuit. »

Et en avant la grosse caisse !

Mais voici mieux encore : une autre feuille de plus grand format vous indiquera la plus précieuse découverte. Cette découverte, qui opère une *révolution* dans le *monde entier*, vous l'ignorez sans doute, ô chers lecteurs! Eh bien il s'agit de la médaille électro-magnétique du célèbre docteur C... Avec elle, *plus de maladies, toujours la santé*. « N'importe ce que l'on découvre ou ce que l'on

Réglée à 11 ans, déflorée à 13, elle a eu dès cet âge des ménorrhagies abondantes.

Elle a contracté la syphilis à 15 ans.

Fréquemment elle a des attaques d'hystérie avec convulsions en arc de cercle.

Depuis le mois de Juin, les métrorrhagies sont presque continues; obligée de garder le lit, elle perd continuellement un sang noir très fluide, d'odeur forte et désagréable.

Malgré cela, elle est assez colorée, non amaigrie; elle porte des cicatrices d'abcès ganglionnaires au cou.

Hémianesthésie droite complète, pas d'anesthésie pharyngée.

Le ventre est souple et non douloureux.

Examen de l'utérus : le col est fortement porté en arrière, l'orifice regardant directement la paroi vaginale postérieure (antéversion nette); il est petit, conique. Ballottement facile, mais douloureux; le corps n'est pas volumineux, l'hystéromètre donne 5 centimètres.

Le spéculum montre un col rouge, tuméfié, l'orifice petit, arrondi, sans aucune érosion ni déchirure.

Pendant un mois, les injections chaudes fréquemment répétées, l'ergotine par différentes voies, les tampons quotidiens à la glycérine, ne produisirent aucune amélioration.

Même échec pour les cautérisations intra-utérines au nitrate d'argent et au perchlorure de fer injecté au moyen de la seringue de Braun.

Le 26 novembre, M. Pozzi pratique le râclage de la muqueuse utérine.

A peine la malade est-elle couchée que nous approchons de sa bouche une compresse sur laquelle nous avons versé quelques gouttes de chloroforme, et immédiatement nous cherchons à provoquer le sommeil hypnotique par suggestion; nous affirmons donc successivement à la malade qu'elle va dormir très facilement, puis que le sommeil approche, qu'il est imminent, enfin qu'il existe, tout en lui détaillant les phénomènes qu'elle doit éprouver (pesanteur dans les paupières, les membres, fatigue générale); pendant ce temps, nous tenons la compresse assez éloignée pour qu'elle n'envoie plus qu'une légère odeur à la patiente.

Sans aucune résistance, elle obéit à la suggestion, reste étendue sur le dos, répondant à nos questions. Au bout de quatre minutes environ, elle est en état de somnambulisme. A ce moment, on l'attire au bord du lit dans la position du spéculum, on saisit et on attire l'utérus avec les pinces de Braun.

La dilatation de la vulve à l'aide de la valve de Simon et la traction sur l'utérus provoquent une vive réaction de la malade, qui s'écrie qu'on lui fait beaucoup de mal. Comme elle s'agite, nous lui suggérons qu'elle est paralysée et que tout mouvement, quel qu'il soit, est impossible; elle reste alors inerte, mais continue à se plaindre.

Ne pouvant obtenir l'anesthésie, nous cherchons alors à diminuer la douleur en interprétant les sensations, en lui affirmant qu'on ne lui fait subir aucune opération, mais qu'elle éprouve en ce moment les coliques dont elle s'est plainte plusieurs fois, que d'ailleurs un cataplasme doit la calmer immédiatement; et, en effet, l'application de la main chaude sur l'hypogastre amène un soulagement immédiat. Dès ce moment, elle cesse toute plainte et cause tranquillement avec nous.

Pendant ce temps, elle subit la dilatation du col au moyen des bougies d'Hégar jusqu'au n° 12, puis le grattage de la muqueuse, qui est complètement extraite par lambeaux. Après quoi, l'utérus étant lavé au sublimé, on introduit dans sa cavité un long crayon d'iodoforme et on bourre le vagin de gaze iodoformée.

L'opération, suggestion comprise, avait duré 20 minutes. Le réveil fut facile, par simple affirmation, quoique incomplet pendant 2 ou 3 minutes. La malade n'avait aucun souvenir de l'opération, ni de ses douleurs; nous fûmes obligés de lui montrer son pansement pour le lui faire admettre.

Les jours suivants, lavages de l'utérus au sublimé. Les hémorrhagies ont complètement cessé; une leucorrhée peu abondante qui succéda à l'intervention a, depuis lors, complètement cédé à des cautérisations intra-utérines au nitrate d'argent.

PHYSIOLOGIE

SUR DIVERS EFFETS D'IRRITATION DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DU COU ET, EN PARTICULIER, LA PERTE DE LA SENSIBILITÉ ET LA MORT SUBITE, par M. BROWN-SÉQUARD.

I. On s'étonne souvent que des individus, désirant se tuer,

invente, dit un certain docteur Elget, notre esprit se propose immédiatement le problème d'en tirer parti, et ce n'est qu'en y réussissant qu'il peut réaliser un incontestable progrès ». Et le prospectus d'ajouter : « La vie ordinaire n'est pas assez longue pour apprendre la médecine. Le public n'a besoin que de connaître la vraie manière de conserver sa santé : ce moyen est trouvé dans la médaille *Electro-Magnétique*. — PRIX : *5 francs*. »

Et, en effet, si nous en croyons le boniment imprimé « l'Electricité est le germe de la vie, écrivaient les docteurs Burq, Charcot, Onimus, Dubois, Oppolzer, Dumonpailler (*sic*), Raspail, etc., etc. Mais pour permettre à l'électricité de concourir à la conservation de ce bien précieux, pour lui permettre de répandre sur l'humanité tous ses bienfaits, il était nécessaire d'en réglementer l'action et d'en faciliter les applications. C'est ce que vient de faire M. X..., ingénieur-électricien breveté, par son *Tissu électro-magnétique*, dont il est l'inventeur et le seul propriétaire. Ce tissu, dans la fabrication duquel n'entrent que des métaux affinés, c'est-à-dire dépouillés de toutes impuretés, ce qui le rend plus conducteur, adopté dans tous les hôpitaux de Paris, approuvé par les membres de la science, vaut tous les jours de nouvelles félicitations à son auteur. Il est employé avec succès contre : *Douleurs, Migraines, Névralgies, Rhumatismes, Goutte, Crampe, Epuisements, Paralysies, Bronchites, maladies des Nerfs, des Muscles et de la Moelle épinière, Sciatique, Lumbago, Arthrites, Hydartroses, Faiblesses, Diabète, Dyspepsie, Diathèse, Foie, Coliques, mauvaises Digestions*, etc. »

Quel bonheur pour l'humanité d'avoir à sa disposition une médaille *qui est employée avec succès*, non-seulement contre des troubles morbides, mais encore contre des organes tels que le *foie*. Et dire que « son emploi, qui est des plus faciles et ne nécessite le secours de personne, produit toujours de bons résultats et ne peut jamais faire mal, attendu que la partie malade n'absorbe d'électricité que la quantité nécessaire à combattre la maladie. »

*
* *

Le succès de la médaille électro-magnétique doit être bien considérable, puisqu'il suscite des imitateurs ou plutôt des contrefacteurs; car on nous présente une autre médaille, la médaille électro-galvanique du spécialiste-électricien X..., qui est la découverte

puissent se couper la gorge jusqu'aux os, et même quelquefois se faire plusieurs plaies profondes, ce qui semble impliquer un courage presque surhumain, en raison de l'excessive douleur que l'on croit exister alors. J'ai partagé cette opinion jusqu'au jour où j'ai constaté qu'une incision, même légère, de la peau du cou, surtout au voisinage du larynx, peut suffire pour faire disparaître la sensibilité dans les deux tiers antérieurs du cou, et souvent dans bien plus de parties. Il n'est donc pas besoin d'un courage exceptionnel, augmenté ou soutenu par l'excitation de sentiments violents, pour se faire au cou les plaies, quelquefois énormes, que l'on peut trouver chez des individus s'étant ainsi tués ou ayant essayé de se donner la mort.

Dans les très nombreuses expériences que j'ai faites pour étudier la production de l'analgésie (perte de la sensibilité aux causes de douleur), j'ai eu très souvent à faire une plaie longitudinale sur la ligne médiane du cou, au niveau du larynx, afin de mettre à nu cet organe et une partie de la trachée (1). Dans les premiers temps, je me contentais de faire la recherche de la sensibilité à la douleur dans les diverses parties du corps, d'abord avant toute lésion, et ensuite après avoir irrité la muqueuse laryngienne, et j'attribuais à cette irritation l'analgésie qui se produisait à des degrés variables au tronc, aux membres, à la tête et au cou. Plus tard, ayant remarqué que la plaie du cou, plus que celles faites aux membres, demeurait insensible pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation, et que même, quelquefois, la peau, au voisinage d'une plaie cicatrisée dans cette région, restait insensible, j'eus l'idée d'étudier l'influence d'une incision de la peau au cou sur la sensibilité de cette portion du corps et sur celle des autres parties de l'économie animale. Je trouvai alors que la peau de la région cervicale antérieure dans toute son étendue, mais surtout à la ligne médiane et dans son voisinage, ne peut être coupée sans qu'il y ait au moins une diminution de la sensibilité aux causes de douleur et spécialement aux chocs galvaniques (appareil du Bois-Reymond), dans toute la moitié antérieure du cou. Il arrive souvent que l'analgésie soit complète ou qu'elle le devienne après quelques heures ou un jour dans cette zone de peau. Le plus souvent, cependant, on ne trouve d'analgésie complète que dans la portion qui recouvre le larynx et la trachée.

(1) Voir COMPTES RENDUS, t. XCV, p. 1369, et t. C, p. 1366.

Dans nombre de cas, j'ai constaté que l'analgésie s'étend au cou tout entier, à la mâchoire inférieure et à une partie du thorax (en avant et jusqu'aux glandes mammaires). Chez quelques animaux (des chiens et un singe), j'ai vu se montrer de l'analgésie, à peu près bien complète, presque partout, aux membres, au tronc, à la tête et aux muqueuses buccale et oculaire. Chez nombre d'autres animaux, il y a eu une diminution de sensibilité partout, mais cette altération a promptement disparu.

Après avoir fait une incision longitudinale de la peau sur la ligne médiane, ou transversalement d'un côté à l'autre, à la région cervicale antérieure, j'ai constaté dans un grand nombre d'expériences, surtout chez des chiens et des singes, que je pouvais mettre à nu, couper, nouer ou galvaniser et même brûler les diverses parties des deux tiers antérieurs du cou, sans causer de vives douleurs et quelquefois sans paraître en causer aucune. Chez les singes, les effets de ces irritations ont été, en général, plus considérables que chez les chiens.

Les faits si nombreux dont j'ai été témoin durant les cinq ou six dernières années montrent que les parties capables de produire par inhibition une analgésie générale doivent être rangées dans l'ordre suivant, quant à leur degré de puissance :

1° Le maximum existe là où se ramifient les filets des nerfs laryngés supérieurs (c'est-à-dire la muqueuse laryngienne) ;

2° A un moindre degré, les troncs de ces nerfs, et à un degré bien inférieur le tronc des nerfs vagues au-dessus de l'émission des laryngés supérieurs ;

3° La trachée qui, quelquefois, donne lieu à une analgésie presque complète, mais évanescente, lorsqu'on la lie ;

4° Le minimum existe dans la peau de la région cervicale antérieure, surtout au niveau du larynx.

Je me suis demandé si d'autres irritations de la peau du cou qu'une incision pourraient produire l'inhibition de la sensibilité soit partout, soit seulement dans la moitié antérieure du cou, et j'ai trouvé que, si ce mode d'irritation n'est pas le seul capable d'agir sur les centres nerveux de cette manière, c'est assurément celui qui a le plus de puissance.

Les nerfs trijumeaux (1) et les autres nerfs sensitifs cra-

(1) Ces nerfs doivent à une puissance inhibitoire spéciale de pouvoir, lorsqu'on les coupe, faire disparaître la vision, l'olfaction,

---

la plus précieuse qui ait été faite jusqu'à ce jour. Sachez donc que les effets de cette médaille « se ressentent quelques instants après qu'elle a été appliquée sur la poitrine. Aucune douleur ne résiste à sa puissance. Elle préserve des maladies. »

La nouvelle médaille se fait, elle aussi, précéder d'une *instruction* détaillée, mais qui n'est qu'un pur plagiat de la notice de la médaille électro-magnétique. Le format est changé : un in-8° au lieu d'un in-4°. On a simplement mis le nom de Faraday à la place de celui de Humboldt, rapportant que les Indiens se guérissent des paralysies par les décharges du gymnote ; le reste est identique dans les deux prospectus.

***

Puis voici que nous apprenons que l'on peut obtenir la guérison, sans opérations, des cancers, tumeurs, loupes, ulcères chroniques, engorgements, fistules, phthisie pulmonaire, asthme, croup, etc., et de toutes les maladies chroniques par un traitement spécial et la mise en pratique rationnelle de nouvelles lois de chimie organique végétale. Comment un médecin sérieux, instruit, peut-il encore laisser mourir des phthisiques, des asthmatiques, des enfants atteints du croup ? Il est évidemment inexcusable !

***

L'étranger aussi nous envoie ses bienfaits. Ainsi, un *spécialiste* de Francfort-sur-le-Mein, ne tenant plus aucun compte de la *haine héréditaire*, veut absolument nous guérir rationnellement de la goutte, du rhumatisme et de toutes les affections qui en dépendent. Et cet *honorable* industriel adresse à qui en manifeste le désir une brochure de 92 pages, rédigée en français d'outre-Rhin et ornée de gravures assez drôles. Et il obéit « à un devoir d'humanité qui me prescrit, dit-il, dans l'intérêt de ces malades si nombreux et dont les cas sont si différents les uns des autres, et même dans l'intérêt de la science, de publier mes nombreuses observations et quelques-unes des plus intéressantes cures que j'ai obtenues. Ma longue expérience et les études spéciales que j'ai faites me donnent en cette matière une certaine autorité, que confirment du reste suffisamment les immenses succès qui ont fait connaître mon nom dans toutes les parties du monde. Je suis donc bien loin de vouloir en quelque sorte de publier à sons de trompe une méthode

niens ou spinaux, dans leur tronc ou leurs ramifications, ne semblent pas donés de la puissance spéciale que possèdent les nerfs vagues et les nerfs de la région cervicale.

Si les chirurgiens peuvent faire la trachéotomie sans douleur, dans le cas de croup et dans d'autres cas bien différents, ce n'est pas, comme ils le croient, uniquement parce que la sensibilité est diminuée par l'asphyxie dans la plupart de ces cas : c'est sans doute aussi et surtout parce que le début même de l'incision de la peau produit par inhibition la diminution ou la perte de la sensibilité ou de ce qui en reste.

II. La peau du cou et le larynx possèdent d'autres puissances inhibitoires bien plus dignes d'intérêt que celle dont je viens de parler. Me proposant d'en faire l'objet d'une ou de plusieurs communications spéciales, je n'en dirai que quelques mots aujourd'hui.

Les médecins légistes savent parfaitement que l'on trouve assez souvent des individus ayant perdu la vie par une pendaison insuffisante et incapable d'avoir empêché complètement — et même quelquefois d'avoir gêné en quoi que ce soit — le passage de l'air dans le larynx et la trachée. J'ai trouvé l'explication de ce fait, en apparence si singulier. Le larynx surtout, mais aussi la trachée et probablement la peau qui les recouvre, sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celle de toutes les activités cérébrales. Il peut donc y avoir tout d'un coup, sous l'influence d'une irritation mécanique de ces parties, une perte complète de connaissance et une syncope cardiaque et respiratoire plus ou moins complète. Des expériences très nombreuses m'ont montré qu'il y a entre les effets de cette irritation et ceux de la piqûre du bulbe rachidien une très grande analogie. En effet, dans les deux cas, il y a : 1º perte de connaissance. 2º diminution et même (mais assez rarement) perte soudaine ou très rapide de l'action du cœur; 3º diminution ou perte complète des mouvements respiratoires ; 4º arrêt des échanges entre les tissus et le sang.

Lorsque j'ai réussi à tuer des chiens par suite d'un coup sur la région cervicale antérieure, j'ai trouvé que presque toujours, sinon toujours, la mort a eu lieu sans convulsions, sans agonie, dans un état syncopal complet, permettant aux tissus de conserver très longtemps leurs propriétés spéciales. Le sang passe alors rouge des artères dans les veines et présente ainsi un contraste absolu avec ce que nous montre la mort dans l'asphyxie franche où le sang est rapidement noir dans les artères.

Conclusions. — Il résulte des faits exposés dans cette Note que la peau du cou possède, comme le larynx, mais à un moindre degré, la puissance d'inhiber la sensibilité, et que le larynx, la trachée et peut-être la peau qui les couvre possèdent la puissance de causer la mort, sous une irritation mécanique, de la même manière que le bulbe rachidien.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX RUSSES

Thérapeutique

I. TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LA MÉTHODE DU PROFESSEUR KRÉMIANSKY, de Kharkow (*Méd. Obosrénié*, 1877, nos 2 et 3). — II. L'ANTIFÉBRINE ET LA NAPHTE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE, par A. SCHERBAKOFF, de Moscou (Ibid.). — III. LA STRYCHNINE COMME ANTIDOTE DE L'ALCOOL, par YAROCHÈVSKY (*Wratch*, 1887, nº 4). — IV. LE MASSAGE DANS L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE TRAUMATIQUE, par E. KOUROIDUMOFF (*Méd. Obosrénié*, 1887, nº 1).

I. C'est au deuxième Congrès des médecins russes, tenu à Moscou en janvier 1887, que KRÉMIANSKY, professeur de thérapeutique à Kharkow, a exposé sa méthode de traitement de la phthisie pulmonaire. La communication de l'honorable professeur a produit une explosion générale de scepticisme. Il est vrai que les résultats que prétend avoir obtenu l'auteur sont trop merveilleux et que la casuistique qu'il cite à l'appui de ses assertions est par trop pauvre : *deux cas seulement !* Aussi applaudissons-nous à la décision du Congrès, relative à la nomination d'une Commission, dans le but d'étudier la méthode Krémiansky et de se prononcer sur sa valeur. C'est devant cette Commission, composée des professeurs Ostroumoff, Soubbotine, Klein, Chervinsky, Vogt et Bogoslowsky, que Krémiansky fera ses expériences thérapeutiques au

l'audition et le goût. C'est là l'explication que j'ai donnée de l'expérience célèbre de Magendie.

---

qui est déjà assez avantageusement connue et que personne ne confondra avec le charlatanisme à la mode de nos jours. » Le prix des remèdes n'est pas oublié!

***

Je m'étais promis de formuler un jugement sur Paul Bert après que les discours officiels auraient été déversés sur sa tombe. Essayons de caractériser l'homme et le savant en quelques mots. Intelligent, instruit, sagace, actif, passionné, conférencier attrayant et des plus séduisants, absolutiste en administration, philosophe téméraire et très peu platonicien, avec cela ardent patriote, Paul Bert eut le tort d'avoir des ambitions politiques qui lui firent quitter le salon du prince Jérôme pour la Chambre des députés. Il a été sectaire, et à la place de l'intolérance du moyen âge, il s'est efforcé d'installer non la tolérance comme y aurait aspiré Voltaire, mais tout simplement une intolérance de sens inverse, une intolérance lévogire à la place de l'intolérance dextrogire. Nous avons au lieu d'un fanatisme dextrorsum un fanatisme sinistrorsum ; Paul Bert a maintenu les vieux levains, il a même multiplié les ferments qui entretiennent les maladies morales dont souffre la France d'aujourd'hui.

Ai-je besoin de motiver les termes de mon jugement? Serait-ce utile? Je ne le crois pas. Au total donc, des passions restant déchaînées en face les unes des autres ; car Paul Bert n'a pas cherché à rasséréner l'état social. Il a substitué à un souffle un autre souffle. Forces perdues, science égrenée, belle intelligence dévoyée, capacités annihilées, résultat social déplorable, résultat scientifique amoindri comme à plaisir! Et cependant Bert était une intelligence d'élite. Il paraissait destiné à imprimer à la physiologie un grand mouvement dans la voie du progrès. Combien donc ne devons-nous pas regretter qu'un homme si bien doué ait déserté le culte sans partage de la science pour se livrer à cette politique haineuse qui l'a absorbé, puis tué, après lui avoir créé tant d'ennemis ou d'adversaires.

***

Combien d'autres noms moins bruyants, car ils n'aspiraient pas à séduire la foule, tâche ingrate au plus haut degré, ont disparu dans ces derniers mois, laissant des vides! Depuis Nonat le gynécologiste, jusqu'à Jules Béclard le physiologiste, en passant par Gallard le praticien répandu et lui aussi gynécologiste, par Raige-

Grand-Hôpital des Ouvriers, à Moscou. Nous lui souhaitons bonne chance, et nous ne manquerons pas de communiquer à nos lecteurs les conclusions auxquelles arrivera la Commission de contrôle, dès que les résultats de ses travaux seront connus.

Mais voyons en quoi consiste la méthode Krémiansky. Partisan convaincu et ardent des théories microbiennes, le professeur de Kharkow établit cette comparaison pittoresque que la phthisie pulmonaire doit être traitée par la même méthode par laquelle on traite la gale « suivant le type de la gale », dit-il.

Dans la gale, après avoir constaté le parasite dans la peau, c'est sur cette peau que nous dirigeons notre traitement. De même dans la phthisie, due à la présence des bacilles dans les bronches et le tissu pulmonaire, c'est sur ces organes que nous devons faire agir directement nos moyens thérapeutiques. Parmi les substances qui tuent les bacilles de Koch et qui en même temps sont inoffensives pour l'homme, l'*antifébrine* et l'*huile d'aniline* sont, d'après l'auteur, les meilleures, les plus actives.

L'antifébrine agirait aussi par l'aniline, car, sous l'influence du contenu alcalin intestinal, l'antifébrine se décompose en aniline et en acide acétique (?). La *diète acide* serait aussi excellente pour les phthisiques : limonade, fruits acidulés, kéfir et koumyss ; ces deux derniers, à part leurs propriétés nutritives, agissent aussi par les acides qu'ils contiennent. Les acides sont défavorables aux bacilles de la tuberculose ; par contre, les alcalis favorisent le développement des bacilles. Il ne faut donc pas ordonner aux phthisiques les eaux minérales alcalines, comme on a coutume de le faire (!). Le malade doit, autant que possible, se tenir dans une atmosphère saturée d'essences aromatiques qui, comme le pense Krémiansky, sont les principaux agents curatifs des climats chauds où les malades respirent constamment le parfum des roses et des fleurs d'oranger (!)...

Dans le traitement de la phthisie, Krémiansky combine ordinairement l'usage interne de l'antifébrine et de l'aniline avec les inhalations de cette dernière substance. Les inhalations se font au moyen d'un « pulvérisateur-inhalateur » qui aurait sur les autres appareils de ce genre l'avantage de ne pas fatiguer la respiration du malade : nous ne le décrivons pas. Il est construit d'après le principe du narghilé et n'a de particulier que la largeur relative des tubes d'aspiration.

L'huile d'aniline n'est pas toxique pour l'homme, si elle est pure. Autrefois, il était difficile de se procurer une bonne préparation ; la substance dont on se servait contenait habituellement de l'arsenic. De là, l'opinion erronée sur les prétendues propriétés toxiques de l'aniline. Cependant, sous l'influence de très fortes doses d'aniline *per os* ou en inhalations, on peut observer certains troubles et une coloration violette de la peau ; mais tout disparaît rapidement après quelques aspirations d'air ozonisé (avec de l'essence d'eucalyptus, par exemple). Un moyen important dans le traitement de la phthisie est la poudre de viande. Très nutritive pour le malade, elle est en même temps toxique pour les bacilles (parce qu'on ne trouve jamais des bacilles de Koch dans les muscles (!).

Voici maintenant les deux cas communiqués par Krémiansky. Le premier malade, âgé de 18 ans, avait une phthisie floride; les bacilles de Koch pullulaient dans ses crachats. Inhalations d'aniline; prises de deux gouttes d'aniline avec de l'essence de citron et 60 centigrammes d'antifébrine. Diète acide; poudre de viande. Dès le deuxième jour de ce traitement, la température du malade baissait, la toux diminuait et la peau prenait une légère coloration violette. Le malade, se sentant mieux, augmentait (à l'insu de l'auteur), les doses d'aniline de jour en jour. Bientôt apparurent les symptômes d'intoxication : vertiges, faiblesse, coloration foncée de la peau. Mais la température restait normale : le pouls battait 70°, et le nombre des respirations ne dépassait pas 20 par minute. Les aspirations d'air pur et de vapeurs d'essence d'eucalyptus firent disparaître tous les symptômes d'intoxication en vingt-quatre heures; la couleur de la peau redevint normale. Après un mois de traitement, le malade *guérit*.

Le deuxième cas est celui d'une femme avec une grande caverne pulmonaire. Même traitement que chez le premier malade. En outre, injection dans la caverne d'une solution de sublimé ; application de glace et de cocaïne à l'endroit de l'injection. Les résultats étaient « brillants », dit l'auteur, sans préciser davantage. Un an après, cette même malade est atteinte de « phthisie aiguë ». On constate chez elle simultanément de la méningite, de la péritonite tuberculeuse et l'existence d'une fièvre typhoïde. Après un mois de traitement par la méthode de Krémiansky, la température devient normale, les bacilles disparaissent des crachats et l'état de la malade s'améliore considérablement.

Delorme resté voué aux études savantes de bibliographie, par Bonamy l'anatomiste, par le chirurgien militaire Ch. Sarrazin, qui est mort le 7 mars, à peine âgé de 54 ans, Sarrazin, dont on avait annoncé le décès plus de deux mois trop tôt, et enfin par Leudet, le clinicien instruit et travailleur ! Mais heureusement le corps médical est comme le phénix : il renaît de ses cendres.

Dr Peter-Paul Somans.

— Le ministre du commerce vient de décerner des médailles d'honneur en argent à MM. les docteurs Jennevin, médecin de la marine, Monteils (d'Alais) et à M. Marie (interne à l'hôpital de Grenoble), en récompense du courage et du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de maladies épidémiques.

Assemblée générale de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — L'Assemblée générale aura lieu le dimanche, 17 avril prochain, dans les salons du Grand-Véfour (Palais-Royal), à dix heures du matin.

Voici l'ordre du jour de cette réunion : 1° Compte rendu du secrétaire général ; 2° rapport du trésorier ; 3° questions diverses.

La veille, à neuf heures du matin, aura lieu la séance du Comité Directeur chez le président, M. Dujardin-Beaumetz.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association tiendra sa dix-septième session en Algérie, à Oran, en 1888, pendant les vacances de Pâques.

En prévision des difficultés matérielles que présente l'organisation de ce congrès et en vue d'éviter l'encombrement qui résulterait d'inscriptions prises à la dernière heure et qui augmenterait les embarras du voyage et du séjour pour les personnes qui prendront part à la session, le Conseil d'administration a décidé que, seuls, les membres figurant sur la liste de l'Association de 1887 seront assurés de bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du congrès d'Oran.

Les personnes inscrites en 1888 ne jouiront de ces avantages que si le nombre des congressistes ne dépasse pas le chiffre prévu ; elles seront admises par ordre d'inscription.

II. Les inhalations de vapeurs de naphte (depuis longtemps déjà employées au Caucase comme remède contre la phthisie) ont été essayées par Cherbakoff dans le service clinique du professeur Tchérinoff à Moscou. On employait un appareil dans lequel les vapeurs de naphte peuvent être mélangées avec une quantité voulue d'air. Comme il est difficile de se procurer de la naphte pure, l'auteur se servait le plus souvent d'inhalations de vapeure de benzine. Les résultats ont été favorables. La benzine agit à la fois comme narcotique et comme expectorant. Chez toue les malades, l'expectoration devient plus facile, la toux diminue. Chez un jeune homme atteint de phthisie depuis trois ans, on put, après six mois de traitement par la benzine, constater une amélioration trée notable : arrêt du processus local, augmentation du poids du malade et diminution du nombre dee bacilles dans les crachats. Les inhalations se faisaient habituellement toutes les heures et pendant cinq minutes. En vingt-quatre heures, le malade employait prée de 120 grammee de benzine. Ce traitement provoque un peu de douleur et de pesanteur de la tête. L'urine ne présente pas de modifications.

Relativement aux expériences sur l'action de l'antifébrine dans la phthisie, nous nous bornerons à citer lee conclusions suivantes de l'auteur : 1o L'antifébrine est un excellent antipyrétique dans beaucoup de cas de phthisie pulmonaire; 2o l'abaissement de la température que produit ce médicament ne paraît pas influencer le processus local.

Dr W. Holstein.

(A suivre).

REVUE CRITIQUE

La chirurgie orthopédique d'après les leçons cliniques du docteur Lewis A. Sayre (1).

S'il eet incontestable que lee médecins de tous les pays et de tous les temps ont porté leur attention sur les moyene de remédier aux difformités du corps humain, il est certain que l'honneur d'avoir donné une existence scientifique à cette branche appartient aux Françaie. En 1741, Nicolae Andry, qui fut doyen de la Faculté de médecine de Paris, publia le premier ouvrage didactique sur l'*Art de prévenir et de corriger, chez les enfants, les difformités du corps*, et créa le mot *orthopédie*, de ορθος droit et παις enfant (2). Ce mot fit fortune, et l'ouvrage, dont il était le titre, eut assez de succès pour être traduit en langue anglaise.

Vers la fin du XVIIIe siècle; un autre Français, Le Vacher (1768) inventait les premières machines à extension pour guérir les courbures du rachis. Un peu plus tard, Venel (1788) et Scarpa (1803) appliquaient aux pieds bots les premiers appareils redresseurs. Enfin, en 1816, Delpech, de Montpellier, pratiquait, pour la première fois, la section du tendon d'Achille chez un malade affecté de pied équin, et obtenait une guérison.

Ces découvertes suscitérent dans toute l'Europe de nouveaux et puissants efforts. On perfectionna les appareils; on étendit, d'une manière parfois excessive, les indications de la ténotomie et de la myotomie, opérations que la méthode sous-cutanée avait rendue bénignee. Dane notre pays surtout, l'orthopédie brilla d'nn éclat incomparable, grâce aux travaux de Duval, de Bouvier, de Julee Gnérin, de Malgaigne, de Pravaz, de Bonnet, pour ne citer que les morts.

L'Amérique était restée nn pen étrangère à ce mouvement scientifique. L'illuetre Valentine Mott l'a constaté avec regret dans la relation de eon voyage en Europe. Les merveilleux résultats de l'orthopédie, qu'il avait admirés à Paris et à Londree, avaient exeité son enthoueiasme. Lorsqu'il revint dans son paye natal, il fonda, à New-York, un inetitut orthopédique pour répandre parmi ses concitoyeus les bienfaits de la nouvelle ecience. Les chirurgiens américaine ont largement répondu à son appel, et, parmi eux, le professeur Sayre est devenu l'un des orthopédistes les plus dietingués de notre époque.

Thorens, que ses étudee epécialee rendaient bon juge en cette matière (1), a voulu vulgariser en France lee progrès accomplis de l'autre côté de l'Atlantique. Parmi les ouvragee du profeeseur Sayre, il a choisi les *Leçons sur l'orthopédie*, parce qu'elles réeument d'une manière vivante les idées et lee procédée personnels de cet éminent praticien. Par eon élégance et sa fidélité, la traduction de Thorens mérite tous les élogee. Maie Thorens n'a ambitiouné d'autre gloire que celle d'être utile à ses compatriotes.

Le lecteur ne trouvera pae, dane lee *Leçons sur la chirurgie orthopédique*, des théories et des hypothèses, mais, ce qui vaut mieux, des faits et dee régles pour servir de guide dans la pratique. L'esprit poeitif de l'auteur se révèle partout dans cet ouvrage, qui eet essentiellement une œuvre d'enseignement profeseionnel.

L'orthopédie offre à l'étude nn chsmp immense. Tous les troubles de l'appareil locomoteur, toutes les difformités congénitales ou acquisee lui appartiennent. Maie M. Sayre ne pouvait, dans un cours clinique, embrasser ce vaste programme. Il a dû se borner aux sujete les plus importants, tels que les *pieds bots*, les *déviations du rachis*, le *mal de Pott*, le *torticolis*, les *arthrites*, qu'il considère comme la cauee la plus fréquente des déformations acquises.

En essayant de mettre en relief quelques-uns des passages les plus remarquables de ce livre, j'ai pour but d'engager à le lire en entier. La description des procédés et dee appareils échappe, en effet, à une exposition d'ensemble. Il faut se pénétrer de tous leurs détails par la lecture, si l'on veut les reproduire avec succès.

Pour le professeur Sayre, la pathogénie domine et éclaire toute la thérapeutique des *pieds bots*. Recbercher, avant tout, sous quelle influence la déformation s'eet produite est sa préoccupation constante.

Or, les producteurs de la difformité ne sont pas les muscles vers lesquels le pied se contourne, mais bien leurs antagonistes. Dans le pied équin, ce ne sont pas les jumeaux et le soléaire qui sont contractés spasmodiquement; ce sont les

(1) Cette Revue critique est la reproduction de la préface que notre savant collaborateur, M. Polaillon, a écrite pour l'important ouvrage du chirurgien américain, dont la deuxième édition, traduite par le regretté Henri Thorens, vient de paraître chez Steinheil.

(2) *L'orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger, dans les enfants, les difformités du corps*, par Nicolas Andry. Paris, 1741. 2 vol. in-12, avec figures. Traduit en anglais. Londres et Bruxelles, 1743.

(1) *Documents pour servir à l'histoire du pied bot congénital.* Thèse inaugurale. Paris, 1873.

muscles antérieurs de la jambe qui sont paralysés. Dans le pied bot talus, au contraire, la paralysie porte sur les muscles postérieurs, jumeaux et soléaire. Dans le varus, ce sont les péroniers qui n'agissent plus; dans le valgus, c'est le jambier antérieur et peut-être le fléchisseur commun. Si donc le pied bot est d'origine paralytique, les tractions élastiques pour suppléer aux muscles affaiblis ou paralysés, les appareils mécaniques, les électrisations, les massages, sont spécialement indiqués.

M. Sayre condamne l'emploi des appareils inamovibles, en plâtre, en gutta-percha, en toile dextrinée ou sylicatée, et toutes les machines plus ou moins compliquées, qui maintiennent le pied fixe et immobile dans la position redressée artificiellement. Une déformation paralytique, dit-il, ne doit jamais se traiter par le repos forcé. Il veut, au contraire, que les appareils permettent la marche et le libre fonctionnement du pied. Pour cela, il fait connaître des appareils simples et ingénieux, que le chirurgien peut confectionner lui-même avec de légères attelles, des bandes de diachylon et des tubes de caoutchouc. Ces derniers sont disposés dans la direction des muscles paralysés, et sont fixés, à leurs deux extrémités, dans les points mêmes où ces muscles s'insèrent. Après avoir donné à la traction élastique, pendant un moment, une forte tension, de manière à fatiguer les muscles producteurs de la déformation, on la relâche et on la maintient juste au point nécessaire pour surmonter la tonicité de ces muscles. Ainsi se produisent, dans le membre déformé et à demi-paralysé, des mouvements analogues à ceux de l'état normal.

D'après M. Sayre, le pied bot spasmodique est presque toujours un pied bot paralytique, négligé ou mal soigné, dans lequel certains muscles se sont contracturés, puis rétractés. Si le raccourcissement des muscles est tel qu'il s'oppose à la correction de la difformité, la ténotomie sous-cutanée devient indispensable.

La règle qui permettra de reconnaître s'il faut sectionner un muscle, un tendon ou une aponévrose, a été nettement posée par le chirurgien américain : « Portez, dit-il, la partie dans la plus grande extension possible; puis, avec le doigt ou le pouce, pressez sur les tendons ou les aponévroses qui seront dans un état de tension; si cette pression détermine une contraction réflexe, il y a lieu de sectionner le muscle, le tendon, l'aponévrose, et la section doit porter sur le point où se fait sentir la douleur. Si, au contraire, la pression ne détermine aucune contraction réflexe, la difformité peut être surmontée sans opération et par le seul effet d'une traction élastique constante »

M. Sayre insiste sur la nécessité de commencer le traitement du pied bot congénital *dès l'instant de la naissance*, et celui du pied bot acquis immédiatement après la cause productrice de la déformation. Un mois, une semaine, un jour de retard diminuent d'autant les chances de la guérison.

Si la difformité du pied bot persiste jusque dans l'âge adulte, les os du tarse s'altèrent, les surfaces articulaires se déforment et s'ankylosent. La marche est pénible, douloureuse, quelquefois impossible. M. Sayre pense que l'amputation est alors le seul remède à cette infirmité. Cependant, dans ces cas, qui lui paraissent incurables, il est encore possible, comme le prouvent de récents travaux, d'améliorer la forme du pied et de conserver un membre utile, soit par la résection cunéiforme du tarse, soit par l'extirpation de l'astragale ou du cuboïde.

Ces leçons sur les pieds bots révèlent un profond clinicien. La sagacité à saisir et à remplir les indications, l'ingéniosité des appareils, le soin attentif à les modifier selon les circonstances, sont des qualités qui brillent à chaque page. Toutefois, on n'y trouve pas d'idées absolument neuves et qui n'aient déjà cours dans la science. D'autres parties de l'ouvrage montrent M. Sayre comme un innovateur incontesté.

Avant lui, le *mal de Pott* était traité par le décubitus dorsal, par des corsets dont le but était de presser sur la gibbosité et de soutenir les épaules, par des appareils inamovibles qui maintenaient le tronc dans sa position déviée. Ces moyens étaient rarement utiles et quelquefois nuisibles. Ayant remarqué que l'extension de la colonne vertébrale faisait disparaître, ou amoindrissait, les douleurs et la paraplégie, en diminuant la compression que la courbure du rachis exerce sur la moelle et sur les racines nerveuses, M. Sayre établit, le premier, qu'il fallait immobiliser le tronc dans une attitude redressée pour guérir le mal de Pott. Il réalisa pratiquement l'extension et le redressement de la colonne vertébrale en suspendant le malade par des bracelets passant sous les aisselles et par un collier embrassant l'occiput et le menton; puis il immobilisa le tronc en enroulant autour de lui des bandes imprégnées de plâtre. « Le malade est soulevé lentement et progressivement *jusqu'à ce qu'il se sente à l'aise, mais pas au delà;* on le maintient ensuite dans cette position et on applique le bandage plâtré. » Tel est le *procédé de Sayre*, procédé qui a apporté dans le traitement du mal de Pott un progrès considérable. Mis en usage plus de trois cents fois, il a toujours donné, entre les mains de son auteur, des résultats satisfaisants.

Quand le mal de Pott siége dans les vertèbres cervicales ou les premières dorsales, M. Sayre se sert d'une tige métallique fixée au corset plâtré, en arrière, au niveau de la ligne des apophyses épineuses. Cette tige se recourbe au-dessus de la tête du malade, et s'allonge à volonté au moyen d'une crémaillère. Elle porte un collier destiné à embrasser l'occiput et le menton, et peut ainsi diminuer la pression de la tête sur le rachis.

M. Sayre met sagement en garde contre les exagérations que sa méthode pourrait entraîner. « Il ne faut pas, dit-il, tenter l'impossible, en essayant de redresser des gibbosités déjà anciennes et consolidées en tout ou en partie. Si la lésion osseuse est en voie de réparation, si des adhérences ont commencé à s'établir, on se gardera de les rompre par des tentatives d'extension trop complètes. On doit se borner à faire céder les contractures musculaires, sans jamais dépasser le point où le patient déclare qu'il se trouve à son aise. S'il s'agit d'un enfant qui ne parle point encore, on observe soigneusement sa physionomie, sa contenance, et, dès que l'expression douloureuse des traits cède la place à une expression de bien-être, on s'arrête, et on maintient l'enfant dans cette position en lui appliquant la cuirasse. »

Dans ses leçons sur les *arthrites*, on voit le précepte de l'extension se généraliser de plus en plus. M. Sayre y professe que l'extension des articulations enflammées est aussi indispensable que leur immobilisation. Il l'associe toujours à l'immobilisation absolue dans les formes aiguës et à un exercice modéré dans les formes subaiguës ou chroniques. Nous négligeons, peut-être trop souvent, ce moyen thérapeutique. Cependant,

les raisons cliniques sur lesquelles M. Sayre se base pour le préconiser, sont des plus concluantes.

Il établit que la pression des surfaces articulaires est la principale cause des douleurs et des lésions qui accompagnent l'arthrite. Les agents de cette pression sont les muscles. En se contractant instinctivement pour empêcher les mouvements de l'articulation enflammée, ils compriment l'une contre l'autre les surfaces diarthrodiales. Au début, ces contractions d'*appréhension* sont violentes, spasmodiques, et engendrent les exacerbations douloureuses que tous les praticiens ont observées dans le cours de l'arthrite aiguë. Plus tard, elles deviennent permanentes et, si elles ne produisent plus de douleur, elles entraînent des attitudes vicieuses, des déviations dans le sens des muscles les plus puissants. Enfin, lorsque l'arthrite est passée à l'état de tumeur blanche, la pression continuelle des surfaces articulaires favorise la destruction des cartilages, l'altération des extrémités osseuses et leur ankylose.

Les contractions des muscles péri-articulaires sont donc essentiellement nuisibles à la guérison de l'arthrite. Pour les combattre, l'immobilisation seule est le plus souvent insuffisante. Il faut recourir à l'extension continue, qui non seulement calme les souffrances du malade, mais encore empêche les déformations articulaires persistantes, et prévient les lésions cartilagineuses et osseuses.

M. Sayre est tellement convaincu de l'extrême importance de l'extension, qu'il n'hésite pas à pratiquer la section sous-cutanée des ligaments, des tendons et des muscles, dont la rétraction lui fait obstacle. Mais il recommande que la force extensive soit modérée et strictement limitée à celle qui est nécessaire pour vaincre la contraction des muscles et pour empêcher la pression réciproque des surfaces articulaires. « Si on outrepassait ces limites, on augmenterait le mal, et le meilleur traitement deviendrait l'origine de nouveaux et graves accidents. »

Les appareils que M. Sayre a imaginés pour réaliser l'extension continue dans les arthrites subaiguës et chroniques du pied, du genou et de la hanche, sont des modèles de simplicité. Ils résolvent, cependant, le problème difficile de pratiquer l'extension en laissant au malade la faculté de mouvoir son articulation et de prendre un peu d'exercice au grand air. Les petits enfants peuvent même marcher avec ces appareils. Mais, l'usage de béquilles est indispensable chez les enfants, dont le corps est déjà lourd, et chez les grandes personnes. Ces appareils doivent être appliqués chaque matin et enlevés chaque soir. Quand le malade est au lit, l'extension se fait au moyen de poids.

On voit, par cet exposé rapide, combien le traitement des arthrites par la méthode de M. Sayre exige de soins assidus et minutieux ; mais ces soins ont leur récompense en assurant la guérison, sans difformité et sans ankylose, de nombreux malades affectés d'arthrite du pied ou du genou et de nombreux coxalgiques.

Lorsque l'arthrite a suppuré, lorsque les os ont subi des altérations profondes, l'orthopédie est bien près de terminer son rôle. M. Sayre conseille alors de drainer l'articulation et les clapiers péri-articulaire, tout en continuant l'extension. Si, malgré ses efforts, la suppuration augmente, si la carie fait des progrès, si la santé s'altère, il en arrive aux opérations chirurgicales. Il ouvre largement l'articulation, puis il pratique la résection, quand il s'agit de l'articulation du genou ou de la hanche. S'il a affaire à une tumeur blanche du pied, il préfère l'évidement à la résection.

A l'inverse de beaucoup de chirurgiens qui sont partisans des résections hâtives, M. Sayre attend qu'il ait épuisé tous les autres moyens de guérison. Il prévoit même que, dans l'avenir, une connaissance plus exacte des causes et des symptômes permettra de s'opposer à temps aux ravages des inflammations articulaires et de les guérir avant la période où la résection s'impose comme dernière ressource.

M. Sayre est le premier chirurgien de l'Amérique qui ait exécuté avec succès la résection de la hanche (en mars 1854). En 1882, il avait répété 72 fois cette redoutable opération, et n'avait eu à déplorer que 9 morts. Bien peu de chirurgiens pourraient produire une statistique aussi étendue et revendiquer d'aussi beaux résultats.

Il est une doctrine, qui se généralise de plus en plus de nos jours, c'est celle qui tend à considérer le mal de Pott et les tumeurs blanches comme une conséquence de la scrofulose, comme une affection essentiellement tuberculeuse. M. Sayre combat énergiquement cette doctrine. Pour lui, les tumeurs blanches sont accidentelles et non diathésiques. Elles résultent toujours d'une violence subie par les os ou les cartilages ; elles sont toujours d'origine traumatique. Une entorse, une contusion articulaire est-elle négligée ? Peu à peu l'articulation s'enflamme, la nutrition des os et des cartilages s'altère et la suppuration apparaît. Sans doute, dit-il, le mal de Pott et les tumeurs blanches se rencontrent « chez des sujets tuberculeux, mais même chez ceux-ci, une violence extérieure, coup, chute, contusion, est nécessaire pour leur donner naissance. »

L'opinion de M. Sayre a lieu d'étonner, car elle est certainement trop exclusive. Les arthrites d'emblée tuberculeuses ne sont plus à démontrer, et les histologistes découvrent, presque constamment, des éléments tuberculeux dans les fongosités et dans la carie des tumeurs blanches ou du mal de Pott. Mais l'opinion de M. Sayre est celle d'un clinicien, qui se préoccupe plus de guérir que de l'histologie. On doit en tenir compte auprès des malades, car il en a beaucoup vu et beaucoup observé.

Pourvu que l'arthrite guérisse, qu'importe au praticien et au malade qu'elle soit simple ou qu'elle ait une origine bacillaire ? J'imagine qu'en soutenant sa thèse, M. Sayre se place à ce point de vue étroit, mais positif. Il s'est proposé de donner à ses élèves un enseignement professionnel dégagé de toutes idées théoriques. Sans s'inquiéter de la diathèse, il leur apprend à ne négliger aucune des inflammations articulaires, à leur appliquer un traitement rationnel par l'immobilisation et l'extension, à placer le patient dans les conditions d'une bonne hygiène, enfin à ne recourir aux opérations sanglantes qu'après avoir épuisé toutes les ressources de l'orthopédie. On ne saurait mieux faire. Mais, à ce prix, beaucoup d'arthrites peuvent guérir, fussent-elles tuberculeuses et diathésiques.

Je ne poursuivrai pas plus loin l'analyse des *Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique*, traduites par Thorens. Ecrites avec une entière bonne foi, elles reflètent le talent d'observation et l'habileté opératoire du savant professeur de l'hôpital de Bellevue. Tout chirurgien les lira avec intérêt et profit.

Dr Polaillon.

BIBLIOGRAPHIE

L'AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR DANS LA CONTIGUITÉ DU TRONC (AMPUTATION INTER-SCAPULO-THORACIQUE), par PAUL BERGER, chirurgien de l'hôpital Tenon, professeur agrégé. In-8º de 371 pages avec figures dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie. — Paris, G. Masson, éditeur, 1887.

L'amputation inter-scapulo thoracique consiste dans l'ablation totale de l'omoplate et du membre supérieur ; le chirurgien peut être amené à la pratiquer soit à la suite de grands traumatismes, soit dans le cas de néoplasmes volumineux de la racine du membre, ici les amputations sont totales d'emblée ou consécutives, selon que la tumeur est enlevée dans une seule séance avec le bras, l'omoplate et la clavicule, on qu'après une désarticulation de l'épaule une récidive contraint le chirurgien à porter plus haut l'intervention en enlevant, avec la tumeur récidivée, l'omoplate et une partie de la clavicule.

On ne saurait d'ailleurs admettre dans ce dernier cas une simple résection de l'omoplate, car c'est à une ablation large qu'il convient d'avoir recours ; les risques sont dès lors les mêmes que dans l'amputation totale.

En présence des renseignements confus fournis par les auteurs sur cette opération qui, sans être d'une application journalière, répond cependant, comme nous le verrons par la suite, à un certain nombre de cas, M. Berger a eu l'heureuse idée de reprendre cette question à l'occasion d'un malade qu'il a opéré avec succès en 1882 à la Charité. L'ouvrage qu'il publie aujourd'hui constitue une étude approfondie des résultats et des indications, basée sur l'appréciation minutieuse de tous les faits publiés jusqu'à ce jour; cette étude est complétée par un chapitre de médecine opératoire, dans lequel M. Berger, mettant à profit la connaissance des accidents qui ont pu entraîner rapidement la mort des opérés, est arrivé, à la suite de très nombreuses opérations pratiquées sur le cadavre, à modifier très heureusement le manuel opératoire en s'appuyant sur les indications que doit satisfaire le plan général d'une semblable opération.

Sans prétendre arriver à faire de ce travail important une analyse complète, néanmoins nous croyons devoir mettre en lumière dans chacun des chapitres les points importants et nouveaux qui s'y trouvent.

Dans un premier chapitre, l'auteur a rassemblé toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, savoir 22 amputations totales d'emblée, 16 amputations pathologiques consécutives, 12 amputations traumatiques.

C'est donc sur un total de 51 observations que M. Berger a basé son travail. Nous tenons à dire que toutes ces observations sont données *in extenso* et que toutes elles ont été puisées aux sources originales; c'est ainsi que toutes les erreurs et les confusions nombreuses que les auteurs se sont transmises ont pu de la sorte être évitées.

Dans un deuxième chapitre, M. Berger étudie les résultats de ces opérations ; il passe en revue successivement la mortalité, les causes de la mort comprenant les accidents opératoires, immédiats ou consécutifs.

Enfin, sous le titre de résultats éloignés de l'opération, il envisage la question des récidives et celles de la prothèse.

Amputations pathologiques.— Les 22 amputations pathologiques d'emblée ont donné 17 faits de guérison plus ou moins durables : dans 5 cas, les malades ont succombé aux suites de l'opération.

Si, de ces 22 cas, on distrait une malade qui avait subi avant cette opération la résection d'une partie très notable de la paroi thoracique pour un cancer du sein, suivie de l'ouverture large de la cavité pleurale (cas de Morisani), on conserve un total de 21 opérations suivies 17 fois de survie et 4 fois de mort plus ou moins rapide.

Donc, une mortalité d'un peu moins d'un cinquième (19,05 p. 100).

Les 16 cas d'amputations pathologiques consécutives ont donné seulement 3 morts.

M. Berger fait justement remarquer que l'égalité des résultats fournis par les amputations totales d'emblée et les amputations consécutives constitue une exception au fait généralement établi, du moins pour l'articulation coxo-fémorale, qu'une réamputation est moins grave que l'amputation pratiquée d'emblée à la même hauteur.

Quoi qu'il en soit, il suit de là qu'au point de vue qui nous occupe, le malade sur lequel on doit pratiquer l'amputation consécutive de l'omoplate, encourt les mêmes dangers que s'il allait subir l'amputation totale ; de plus, il a subi deux fois ces mêmes risques, puisqu'il a subi deux opérations.

Au total, sur 37 opérations, l'amputation pour cause pathologique a donné 7 morts, c'est-à-dire une mortalité d'un peu moins d'un cinquième.

Amputations traumatiques. — La mortalité est bien plus forte : nous trouvons dans le relevé de M. Berger 4 morts sur 13 cas, c'est-à-dire à peu près un tiers.

Les causes de la mort étaient fort intéressantes à rechercher; M. Berger s'y est appliqué avec le plus grand soin.

Pour les amputations pathologiques, à part le cas insensé de Morisani, où ce chirurgien, en même temps que l'amputation, pratiqua la résection étendue du thorax et de la plèvre, pour un cancer du sein, 2 fois la mort fut produite par schock traumatique (M. Leod Wood), une fois par hémorrhagie (Macnamara), une fois par épuisement (Kratowstzer), 2 fois au moins par complications septiques (M. Gill) et pyohémie (d'Ambrosis), une seule fois (cas de Fergusson) la cause de la mort n'est pas indiquée.

M. Berger fait judicieusement remarquer que, pour les amputations traumatiques, il est plus difficile d'établir le fait de responsabilité imputable au traumatisme ou à l'acte opératoire.

Deux fois seulement, l'accident a pu être incriminé.

Un malade de Lewie (de Boston) succomba à des lésions concomitantes graves plutôt qu'aux suites opératoires.

Le troisième malade de Parise succomba de même: chez ce dernier, il y avait plusieurs côtes fracturées avec pénétration dans le poumon d'un fragment traumatique étendu; il existait en outre une fracture de la colonne cervicale. Les deux autres malades succombèrent : l'un, d'épuisement de schock opératoire, le lendemain de l'opération (Vincent Jackson); l'autre (deuxième malade de Parise), de pyohémie.

Il résulte de ce qui précède qu'en réalité le pronostic de l'opération est plus favorable que le résultat des cas publiés ne l'indique, et M. Berger pense que la proportion de succès ne peut qu'augmenter par la suite.

Pour le démontrer, d'ailleurs, l'auteur va entrer dans l'étude minutieuse de ces accidents, et nous verrons avec lui que, grâce aux moyens dont la chirurgie dispose, plusieurs pour-

ront désormais être prévus, évités ou combattus avec succès.

Hémorrhagie. — Il est un fait capital à noter, c'est que l'hémorrhagie, bien qu'*a priori* elle semble devoir constituer un accident redoutable, est le plus souvent insignifiante ou faible dans les observations bien détaillées.

Dans les opérations traumatiques, elle n'a jamais constitué une véritable complication : parmi les amputations totales d'emblée pour tumeurs, trois fois cet accident a été relevé.

Dans l'observation de M. Leod, la ligature de l'axillaire fut probablement faite trop bas ; il y eut une abondante hémorrhagie combattue par une sorte de ligature médiate. Le sujet, âgé de deux ans seulement, ne tarda pas à succomber. Dans le cas de Macnamara, la mort fut également la conséquence de l'hémorrhagie.

Dans un cas d'Ollier, la ligature du bout périphérique de la sous-clavière se détacha ; le malade survécut à la perte de sang.

Dans les autres cas, la perte de sang fut assez faible : le malade de M. Berger ne perdit pas 200 grammes de sang. Ainsi donc, malgré les deux faits malheureux que nous venons de citer, on peut conclure qu'à part certains cas où l'hémostase est difficile, la perte de sang n'est pas un danger susceptible de faire reculer les opérateurs.

Entrée de l'air dans les veines. — Il n'en existe que quatre cas incontestables (Desprès, Mussey, d'Ambrosio, Jessop). Un seul opéré mourut, celui de d'Ambrosio; encore la malade, après être restée toute la journée dans un état voisin de la mort, ne succomba que quelques jours plus tard à la pyohémie. Dans trois de ces cas, la plaie veineuse siégeait sur la veine sous-clavière ; dans celui de d'Ambrosio, elle siégeait sur l'axillaire.

Après avoir étudié les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit et les symptômes qui ont accompagné sa production, M. Berger énumère les moyens à lui opposer : le chirurgien devra d'abord comprimer avec le doigt le point divisé jusqu'au moment de la ligature pour éviter l'accès d'une nouvelle quantité d'air et ensuite achever rapidement l'opération.

Pour parer aux premiers accidents, on devra joindre à l'action des stimulants l'inversion de l'opéré et la respiration artificielle, peut être aussi l'électrisation du pneumo-gastrique et du diaphragme, l'enroulement élastique des membres avec la bande d'Esmarh.

L'auteur ajoute, en terminant que cet accident, rare à la vérité, pourra toujours être évité par l'hémostase préalable.

Schock opératoire. — Cette dépression ne semble pas être la suite ordinaire de l'opération qui nous occupe ; c'est ainsi que chez l'opéré de M. Berger il n'y eut ni abaissement de la température ni modification du pouls. Nous avons vu plus haut que le deuxième opéré de Fergusson avait succombé à cette complication au deuxième jour.

M. Leod fait mourir son opéré de schock traumatique ; mais nous avons dit précédemment qu'il avait eu une forte hémorrhagie à laquelle on doit attribuer la terminaison fatale.

Dans l'amputation consécutive, deux fois le schock est incriminé (cas de Jeafferson chez lequel la perte de sang avait été insignifiante, cas de Wood chez lequel elle avait été nulle).

Dans les cas tramatiques, il est dit dans le plus grand nombre des observations que les malades étaient au moment de l'opération dans un état de dépression causé par l'ébranlement nerveux et la perte de sang qu'ils avaient subie.

Il est donc impossible d'incriminer, pour expliquer la mort, plutôt le schock opératoire que le traumatisme lui-même. Mais il n'en est pas moins vrai que dans ces cas le schock doit être pris en sérieuse considération, et il est nécessaire d'attendre pour opérer que le schock traumatique soit dissipé, comme le fit L. Championnière.

Picqué.

(A suivre.)

REVUE DES THÈSES

De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques. — Lésions de volonté des auteurs, par le docteur Ch. Langle. — Thèse de Paris, 1886.

1º Le phénomène de l'arrêt intervient dans les actes psychiques, aussi bien que dans les actes bulbo-médullaires.

2º En pathologie mentale, on peut, à côté de l'impulsion, automatisme qui pousse à l'acte, décrire l'inhibition, automatisme qui empêche l'acte.

3º Au point de vue clinique, on doit distinguer l'aboulie de l'inhibition. L'aboulie est le non vouloir ; l'inhibition serait le non pouvoir à proprement parler.

4º Inhibitions et impulsions coexistent fréquemment chez le même malade.

De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal, par le docteur Julien Chevalier. — Thèse de Paris, 1885, Octave Doin, éditeur.

1º Des faits tirés de l'histoire, de la littérature, de la science, on peut conclure que, à côté de la dépravation des mœurs, il y a la perversion des instincts; que, à côté du vice, il y a la maladie.

2º Envisagée dans son sens le plus général, c'est-à-dire signifiant l'amour d'un individu pour un individu du même sexe, l'inversion reconnaît pour causes : le vice, une malformation congénitale ou une maladie à lésions anatomo-pathologiques déterminées, un état de dégénérescence.

3º Avec Westphal, Krafft-Ebing, Charcot et Magnan, nous croyons que l'inversion proprement dite n'est qu'un symptôme saillant, un épisode curieux, une manifestation éclatante d'un état neuro ou psycho-pathique héréditaire, et qu'elle ne constitue ni une entité morbide distincte, ni une monomanie instinctive.

Elle est alors native, apparaît dès l'enfance, s'accompagne d'un grand nombre de troubles psychiques ou nerveux, et détermine des impulsions irrésistibles ; elle est constante.

4º Au point de vue médico-judiciaire, sa constatation exige une expertise médico-légale ; il faut dresser l'arbre généalogique du malade, il faut faire l'histoire de sa vie antérieure à l'expertise, de sa santé au moment même de cette expertise, rechercher si sa perversion est native, secondaire ou acquise ; étudier ses facultés intellectuelles, morales et d'activité, ses tendances pathologiques et tous les signes de dégénérescence. La question de responsabilité dépend de la signification des symptômes ; si on constate un état héréditaire manifeste, l'impulsion instinctive dans le jeune âge, des troubles névro ou psycho-pathiques importants, on doit conclure à l'irresponsabilité.

5º Le malade n'est pas un dépravé, ce n'est pas un coupable, c'est un fou lucide ; le punir serait un contre-sens doublé d'un anachronisme.

6° Au point de vue séméiologique, malgré ses allures bénignes, l'inversion est une manifestation d'un état toujours grave. Ces malades sont des hermaphrodites moraux ; ils rentrent dans la classe des dégénérés.

Dr E. Régis.

NOTES & INFORMATIONS

La Société italienne de chirurgie. — Cette Société a tenu sa quatrième session à Gênes, le lundi 4 avril, sous la présidence de M. Caselli, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de cette ville. L'assistance était un peu moins nombreuse qu'à la session précédente, mais les communications qu'on a entendues n'ont pas offert un moindre intérêt. Nous citerons, entre autres, les suivantes : *Recherches expérimentales sur l'atrophie musculaire par inaction et par raccourcissement*, par M. Ceci (de Gênes). — *Extirpation totale de l'omoplate*, par M. Posi (de Pise). — *Deux cas d'extirpation de tumeurs intracrâniennes*, par M. Ceccherelli. — *Tuberculose et pseudo-tuberculose des os et des articulations*, par M. Durante (de Rome). — *Traitement des polypes naso-pharyngiens par l'électrolyse*, par M. de Rossi (de Rome). — *Laparotomie pour grossesse extra-utérine, avec ablation du sac fœtal*, par M. Bonomo (de Messine). — *Le microbe du tétanos*, par M. Ferrari (de Parme). — *Nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie inguinale*, par M. Bossini (de Padoue). — *Résection et arthrectomie du genou pour tuberculose*, par M. Mugnoi (de Rome). — *Traitement du pied-bot équin varus avec extirpation de l'astragale*, par M. Lampugnoni ; etc.

— Isolement des maladies contagieuses. — Cette grave question d'hygiène publique, portée par M. Vaillant devant le Conseil municipal de Paris, vient d'être l'objet d'un rapport très étudié, de la part de M. Chautemps, au nom de la 8e commission. D'après les propositions contenues dans ce rapport, des hôpitaux d'isolement et, en cas d'insuffisance de ces derniers, des baraquements temporaires seraient construits hors Paris, au-delà des fortifications, pour les malades atteints de variole, de rougeole et de diphthérie.

Pour les malades non transportables, l'Administration de l'Assistance publique est invitée à utiliser les terrains qu'elle possède dans le voisinage de l'hôpital Trousseau et de l'hôpital des Enfants-Malades, pour la construction de pavillons spéciaux destinés aux enfants atteints de rougeole, de scarlatine, de diphthérie et de coqueluche. En attendant la construction de ces pavillons, des baraques démontables seront installées dans les jardins de ces hôpitaux.

Le rapport s'occupe ensuite de l'organisation d'un service de transport des contagieux ; de la création d'un service municipal de désinfection ; de la fondation d'un hôpital de teigneux à Créteil, avec pavillons et salles d'école isolés.

On ne peut qu'applaudir à ce projet de réformes et faire des vœux pour qu'il reçoive une prompte exécution.

— Recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance. — Nous avons reproduit, dans le précédent numéro, l'arrêté ministériel qui institue le concours pour le recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance. Le premier concours n'aura lieu qu'après que le Ministre aura statué sur les propositions de réinvestiture et par suite sur le nombre des places vacantes.

Les médecins actuellement en fonctions et qui n'auront pas été réinvestis pourront prendre part au concours s'ils n'ont pas 65 ans et s'ils sont docteurs d'une des Facultés de l'Etat.

Les médecins simplement chargés, à titre provisoire, du service des bureaux de bienfaisance, devront se soumettre au concours.

La question de savoir si quelques médecins, actuellement en fonctions et ne possédant pas le diplôme de docteur, peuvent être réinvestis, n'est pas encore jugée.

— Epidémies. — Depuis plusieurs mois sévit à Lorient une épidémie de fièvre typhoïde.

M. Brouardel, accompagné de M. Chantemesse, vient de partir pour cette ville, afin d'étudier sur place les causes de la maladie.

— Une épidémie de fièvre typhoïde, heureusement complètement terminée aujourd'hui, s'est déclarée il y a quelque temps parmi la garnison de Domfront (Orne).

La caserne va provisoirement être évacuée pour être assainie.

La plus grande partie de la garnison va être envoyée en congé de 25 jours et un camp va être installé sur la Bruyère, qui recevra le reste.

R. F. D.

NOUVELLES

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale aura lieu le dimanche 17 avril, à deux heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Voici l'ordre du jour de cette séance :

Allocution, par M. le président Henri Roger.

Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. le docteur Brun, trésorier.

Rapport sur cet exposé, par M. le docteur de Ranse, membre du Conseil général.

Rapport sur l'ensemble des actes de l'Association pendant l'exercice 1886, par M. le docteur Foville, secrétaire général.

Rapport sur les pensions viagères dont le Conseil général propose l'obtention, par M. le docteur Bucquoy (première partie).

A 7 heures, le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales, à l'Hôtel Continental, rue de Castiglione.

On souscrit, directement et par lettre, chez M. Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, 23.

Prix de la souscription, 20 francs.

Association des médecins du département de la Seine. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 24 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Ordre du jour : Lecture du compte-rendu de l'année 1886 ; Élection du bureau : Tirage au sort des membres de la Commission générale.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera le jeudi 21 avril, à quatre heures, dans la salle des Conférences, ses leçons cliniques sur les « maladies cutanées et syphilitiques » et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— Par une loi promulguée le 5 avril, il est établi à la frontière un service d'inspection sanitaire, ayant pour objet d'examiner les viandes fraîches abattues avant leur entrée en France.

— Il est question de créer, dans tout l'empire allemand, des

chambres médicales chargées d'assurer le bon état sanitaire des régions soumises à leur surveillance.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE-SUR-MEUDON (Seine-et-Oise), dirigé par le docteur A. Tartivel. — Traitement des maladies nerveuses et des maladies chroniques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Loriot. Contribution à l'étude de la Pelade. — M. Bruneau. Des ulcérations tuberculeuses de la bouche. — M. Tounissont. Des déviations aortiques dans le mal de Pott. — M. Barét. Etat de la mémoire dans les vésanies. — M. Gaboriau. Contribution à l'étude des spasmes professionnels. — M. Didier. Contribution au traitement des angiomes. — M. Lasne. Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite. — M. Sojo. Sein douloureux. — M. Legros. Etude critique sur les causes de la mort rapide et soudaine chez les goutteux. — M. Jean Clovis. Quelques réflexions sur l'éruption de la variole. — M. Péraud. Etude historique et clinique de la fièvre de lait. — M. Roger. Action du foie sur les poisons. — M. Dusseaud. De l'asthme d'origine nasale.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 3 AU SAMEDI 9 AVRIL 1887

Fièvre typhoïde 44. — Variole 15. — Rougeole 66 — Scarlatine 6. — Coqueluche 10. — Diphtérie, croup, 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 224. — Autres tuberculoses 24. — Tumeurs : Cancéreuses 30. — Autres 9. — Méningite 36. — Congestion et hémorr. cérébr. 42. — Paralysie 2. — Ramollissement cérébral 4. — Maladies organiques du cœur 63. — Bronchite aiguë 35. — Bronchite chronique 63. — Broncho-pneumonie 45. — Pneumonie 114. — Gastro-entérite : Sein 19. — Biberon 35. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 19. — Sénilité 34. — Suicides 26. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 197. — Causes inconnues 16. — Total de la semaine : 1.237 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Études d'obstétrique pratique, du forceps céphalotribe et de ses applications pratiques, par le docteur Hamon de Fresnay, un vol. in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 17 23 AVRIL 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

RÉTRÉCISSEMENT ŒSOPHAGIEN D'ORIGINE SYPHILITIQUE. — Leçon clinique de M. le professeur POTAIN, recueillie par M. DELIGNY.

Au no 7 de la salle Saint-Charles est couché un homme de 59 ans, qui présente depuis trois ou quatre mois une difficulté de déglutition ; il ne peut absorber que des liquides ou du pain ramolli dans du lait. Il n'a pas de vomissements, excepté lorsqu'il ingère certains aliments ; son aspect ne présente rien de spécial, il est pâle, pas très anémié, il n'a pas de douleurs.

D'après l'âge du malade, on pense tout de suite à un rétrécissement ; l'âge et le sexe ne permettent pas de s'arrêter à un spasme de l'œsophage, et il n'a pas non plus de maladie aiguë pouvant expliquer ce spasme. En sondant ce malade, on rencontre une difficulté pour l'introduction de la sonde dans l'œsophage au niveau de la trachée. On ne parvient d'abord qu'à introduire une sonde très fine ; puis, après deux ou trois tentatives, on peut introduire une sonde plus volumineuse, sonde de 6 millimètres. On a, avec la sonde, la sensation d'un obstacle résistant, et il faut une pression assez considérable et un peu douloureuse pour le franchir. Ce premier obstacle franchi, on en rencontre un autre situé à 5 centimètres plus bas.

De cela on peut conclure : 1o que l'on a affaire à un rétrécissement, car un spasme ne présente jamais une résistance semblable ; 2o que c'est un rétrécissement double. C'est aussi un rétrécissement à forme annulaire.

Mais ce n'est pas tout, il reste à savoir de quelle nature est ce rétrécissement, chose importante au point de vue du diagnostic.

Parmi les causes de rétrécissement, il en est une peu commune, c'est celle qui constitue le rétrécissement congénital ; on en connaît un certain nombre de cas. De ces rétrécissements congénitaux, les uns siègent à la partie inférieure de l'œsophage, les autres à la partie supérieure ; ce n'est pas le cas chez notre malade. Ce n'est souvent qu'après un temps assez long que les symptômes se montrent assez accusés pour que le malade consulte le médecin ; dans un cas, ce ne fut qu'à l'âge de 36 ans, et, dans un autre, à l'âge de 77 ans ; il a donc fallu soixante-dix-sept années pour déterminer des troubles.

Pouvons-nous songer à un rétrécissement de cette nature ? On ne trouve rien dans les antécédents du malade qui puisse faire admettre cette hypothèse ; les troubles de la déglutition n'ont commencé chez lui qu'il y a trois mois, tandis que, chez les autres malades, on constate des symptômes prémonitoires, des difficultés de digestion et autres phénomènes,

FEUILLETON

EXAMEN DU PROJET DE LOI DU GOUVERNEMENT SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, étude par le docteur A. RIANT, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France (1).

Messieurs et chers collègues,

Le Conseil général de l'Association a bien voulu me charger de faire, en son nom, devant cette Assemblée, une étude du projet de loi sur l'exercice de la médecine, présenté tout récemment à la Chambre par le gouvernement.

Ce projet réforme la loi de ventôse an XI, cette loi si insuffisante, si peu en harmonie avec les progrès accomplis et surtout avec le rôle social si considérable qui appartient aujourd'hui au corps médical : c'est pour moi une fortune inespérée, le jour où, pour la première fois, la parole m'est donnée devant cette Assemblée, d'avoir à vous entretenir d'une aussi heureuse nouvelle, d'être appelé à analyser avec vous les dispositions du projet, à vous signaler quels progrès très réels elles présentent sur la législation qui régle actuellement l'exercice de notre profession.

Pour se rendre compte de l'accueil qui sera fait à cette réforme de la législation sur l'exercice de la médecine, il suffit de rappeler que, depuis plus de quatre-vingts ans, le corps médical en fait l'objet de ses vœux ; que, malgré tant de réclamations fondées et de si persévérants efforts, il a vu, devant la fatalité des crises politiques, avorter toutes les tentatives qu'ont faites, dans le même sens, les représentants les plus éminents de la profession, les ministres les plus compétents et les mieux intentionnés, et aussi, — je tiens à le dire ici, à l'honneur de nos collègues, — les membres les plus distingués de cette Association générale des médecins de France. C'est justice de reconnaître, messieurs, qu'aucune déception ne vous a un instant découragés, qu'aucune désillusion n'a pu vous ravir l'espoir d'obtenir des pouvoirs publics une loi plus soucieuse des intérêts des populations, de la dignité et des intérêts professionnels du corps médical.

Si, pour avoir été longtemps attendu et préparé par vos propres

(1) Travail lu devant l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, séance du lundi 18 avril 1887.

longtemps avant l'installation définitive du rétrécissement.

Ceci dit, il nous reste à examiner deux variétés de rétrécissements de l'œsophage, le rétrécissement cancéreux et le rétrécissement syphilitique.

A priori, chez notre malade, l'idée de cancer ne vient pas de suite, il n'a pas de cachexie cancéreuse. Nous devons dire cependant que cela ne suffit pas, car, dans bon nombre de cas, on a vu la maladie, arrivée à un degré tel que le malade ne pouvait plus absorber aucun aliment, sans grande détérioration de l'organisme, sans apparence de cachexie.

Bien que le cancer puisse atteindre tous les points de l'œsophage, il en occupe surtout la partie inférieure, et c'est la partie supérieure qui est atteinte chez notre malade. De plus, la sonde rencontre un rétrécissement dur, résistant, et son passage ne détermine aucune hémorrhagie. Or, dans le cancer, le rétrécissement est généralement plus compressible et la dilatation possible par le cathétérisme rend même de grands services.

L'obstacle est annulaire, très étroit, et fait penser à des cicatrices plutôt qu'à un cancer. Ce sont là déjà des motifs suffisants pour calmer notre inquiétude à cet égard.

En outre, il n'y a pas de ganglions trachéens envahis, pas de compression des nerfs, et en particulier du récurrent. Nous sommes donc à peu près certain qu'il n'y a là rien de cancéreux.

Je n'ai pas parlé de la possibilité d'une compression de l'œsophage, parce que jamais elle ne donne cette forme de rétrécissement, cette forme de résistance; la sonde rencontre un obstacle et non un rétrécissement. L'examen direct du malade ne dénote aussi aucune affection pouvant déterminer la compression, telle qu'un anévrysme de l'aorte, une tumeur du médiastin, etc.

Nous arrivons à l'hypothèse d'un rétrécissement fibreux cicatriciel, qui est une forme fréquente après le cancer. Il est ordinairement consécutif à des ulcérations de la muqueuse, produites par le contact de liquides trop chauds, de liquides caustiques, de corps étrangers. Il n'y a pas d'antécédents de ce genre chez notre malade.

Mais, en l'examinant, une chose nous frappait, c'était de trouver un œil ouvert et l'autre fermé ; en outre, le globe oculaire était fortement dévié en dehors, immobilisé : donc paralysie du moteur oculaire commun.

Cet accident s'est produit subitement en 1879; cet homme s'est éveillé le matin avec une paralysie de tout le côté gauche du corps et de l'œil droit. La paralysie du corps a disparu, mais celle de l'œil a persisté. Ce fait doit tout de suite éveiller l'idée de syphilis, car c'est surtout la syphilis qui produit ces paralysies subites et complètes. Je dis complètes, car il y a des paralysies incomplètes en dehors de la syphilis, par exemple au début de l'ataxie locomotrice, dans les affections cérébrales, et aussi consécutivement à un traumatisme et à un refroidissement. Or, dans l'histoire de notre malade, il y a cette particularité du début brusque.

On pourrait penser à une affection cérébrale du cerveau ou de la protubérance. Est-ce le cas? Non, car cet homme raconte avoir été paralysé du côté gauche en même temps que l'œil droit a été atteint, et il faudrait supposer, ou bien une lésion de la protubérance, ou bien admettre des paralysies distinctes. Je crois que c'est à cette dernière raison qu'il faut s'arrêter, car la paralysie oculaire a persisté complète, et ce n'est pas une paralysie d'origine centrale, c'est une paralysie d'origine périphérique. La cause la plus fréquente est la compression d'origine syphilitique, et on voit survenir brusquement des tuméfactions périostiques syphilitiques qui produisent ces phénomènes. La paralysie des membres a été aussi d'origine syphilitique, et, comme cela s'observe souvent, elle a disparu rapidement.

Ce fait rentre dans une catégorie de faits connus.

Nous sommes donc conduits à rechercher des traces de la syphilis chez notre malade Il raconte avoir eu un chancre en 1854, puis consécutivement, à des époques diverses, des plaques muqueuses et des éruptions; il semble n'avoir fait qu'un traitement incomplet.

Il n'y a pas de prescription pour les accidents syphilitiques tardifs; si donc nous réunissons tous ces renseignements, nous pouvons admettre un rétrécissement syphilitique. Mais cela ne va pas de soi, car les rétrécissements syphilitiques sont rares, et nous ne pouvons faire cette supposition que comme dernière ressource.

Le premier auteur qui en ait cité un cas est un médecin anglais, West. qui l'a publié dans un mémoire en 1872. Un médecin américain a cité une autre observation, et, en Allemagne, on en a publié encore un cas chez un homme de

---

travaux ; si, pour coïncider avec la grande situation que, devant la science, devant l'administration, la justice, la famille, le médecin s'est légitimement acquise dans la société contemporaine, le projet a tant de raisons d'être le bienvenu, les auspices sous lesquels il se présente ne vous le feront pas accueillir, j'en ai la certitude, avec moins de satisfaction et de sympathie.

N'est-ce pas dire beaucoup en faveur du projet du gouvernement, que de rappeler son origine et de nommer ses auteurs ? Si la proposition de loi (1883-1885) de notre très distingué collègue de l'Association, M. Chevandier, si le projet de l'Association générale (1884), ont préparé les bases du projet actuel, vous savez aussi que le gouvernement en a confié l'étude et la rédaction au Comité consultatif d'hygiène de France. Est-il besoin de vous dire quelle part revient dans ce travail à notre très éminent collègue, M. le professeur Brouardel, qui, à la présidence du Comité consultatif, n'a point manqué, — vous le devinez bien, — d'être ce qu'il s'était montré maintes fois ici, l'ardent et éloquent défenseur des intérêts et de l'honneur professionnel ? C'est le vice-président du Comité consultatif d'hygiène, M. Bergeron, avec son jugement si droit et sa parole si sûre ; c'est, avec sa haute compétence, M. l'inspecteur général, Gavarret, qui, aidés du précieux concours de MM. les professeurs Grancher, Proust et Vallin, et de M. A.-J. Martin, membres de la sous-commission désignée à cet effet, ont arrêté les dispositions et fixé le texte du projet dont je viens vous entretenir (1).

Ainsi que le dit l'*Exposé des motifs :*

« La Chambre des députés avait été saisie, dans la précédente législature, d'une proposition de réforme; mais le rapport... n'a pu être discuté avant la fin de cette législation, et il a servi de base à une nouvelle proposition. »

Par lettre du 5 octobre 1885, M. le ministre du commerce demandait l'avis du Comité consultatif d'hygiène de France sur la revision de la loi du 19 ventôse an XI.

« Désireux de présenter au Parlement un projet dans le même but et sur les bases générales indiquées dans le rapport de

(1) La Commission à laquelle l'examen de la question avait été renvoyé était ainsi composée: MM. Brouardel, président; Bergeron, Chatin, P. Dupré, Gallard, Gavarret, Grancher, H. Liouville, A.-J. Martin, Nicolas, Proust, Regnauld et Vallin.

40 ans, dont l'affection fut modifiée, améliorée par le traitement mercuriel.

En 1883, deux autres observations : l'une concernant un sujet de 29 ans et l'autre un sujet de 54 ans. Le premier était malade depuis dix ans, et l'affection s'améliora avec le traitement mercuriel et le catéthérisme. Il faut ajouter qu'il survint un peu de psoriasis palmaire qui vint heureusement éclaircir le diagnostic. Le sujet de 54 ans avait des gommes de la langue.

On a réuni 7 cas de cette affection, et on n'en trouve pas davantage dans les ouvrages de syphiliographie.

L'anatomie pathologique re dit pas beaucoup plus que la clinique. Une fois, on a constaté des ulcérations ayant le caractère de gommes, et deux auteurs ont rapporté des faits semblables.

Il faut bien reconnaître que la présence de la syphilis ne permet pas d'affirmer le rétrécissement syphilitique; en effet, dans un cas dont le sujet était syphilitique et avait présenté une amélioration sous l'influence du traitement mercuriel, on trouva un cancer à l'autopsie. On pourrait se demander aussi si la lésion syphilitique n'avait pas été un point d'appel pour le cancer.

Donc, il ne suffit pas qu'un individu ait la vérole pour croire que le rétrécissement est de nature syphilitique; il faut encore quelques autres caractères, et aussi l'absence des caractères des autres formes de rétrécissement.

Ceci dit, devons-nous croire, chez ce malade, à un rétrécissement syphilitique? Ce rétrécissement n'a pas son siège au siège habituel des cancers de l'œsophage; de plus, le soudage dénote un rétrécissement cicatriciel, et nous n'avons aucune raison d'admettre une inflammation chronique ou une ulcération.

De cette première conclusion, il faut passer à une deuxième, concernant le pronostic.

Le côté heureux de la syphilis est la possibilité de la guérison, quoiqu'il y ait des syphilis horriblement rebelles. Mais le rétrécissement œsophagien n'est pas le fait de la seule syphilis; il n'en dépend que secondairement, étant la conséquence de cicatrices de lésions syphilitiques, cicatrices difficiles à guérir. Dans toutes les autopsies, on a trouvé des cicatrices rétractées, et on ne peut citer un seul cas où une gomme de l'œsophage ait produit un rétrécissement capable de déterminer la mort.

La seule chose à espérer, c'est de se trouver à la période intermédiaire où la lésion syphilitique n'a pas encore terminé son évolution et est encore à l'état de gomme. Nous ne pouvons l'espérer chez notre malade, à cause de ces deux rétrécissements qui indiquent la formation de cicatrices.

Il faut associer le traitement mécanique au traitement médical.

Pour le traitement antisyphilitique, il faut employer en même temps la médication iodurée et la médication mercurielle; l'observation a prouvé que les améliorations étaient surtout produites par le traitement mercuriel. Nous avons employé, chez ce malade, l'iodure de potassium à dose élevée et les frictions mercurielles; jusqu'à présent, il ne s'en trouve pas mal, peut-être même un peu mieux.

Le simple cathétérisme guérit certains rétrécissements spasmodiques; ici nous n'avons pas cet espoir, nous ne pouvons espérer qu'augmenter un peu le calibre de l'œsophage. Ce n'est qu'une amélioration relative, susceptible de prolonger l'existence.

Est-ce le moment de songer à établir chirurgicalement une autre voie d'alimentation? Non certainement; l'intervention chirurgicale ne devra être mise en œuvre que s'il n'y a pas moyen de dilater le rétrécissement. La dilatation progressive et le traitement antisyphilitique sont les seuls moyens à employer actuellement, et on ne fera d'intervention chirurgicale que s'ils sont insuffisants.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX RUSSES

Thérapeutique

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

III. LA STRYCHNINE COMME ANTIDOTE DE L'ALCOOL, par YAROCHÉVSKY (*Wratch*, 1887, n° 4). — IV. LE MASSAGE DANS L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE TRAUMATIQUE, par E. KOURDIOUMOFF (*Méd. Obosrénié*, 1887, n° 1).

III. Les médecins russes se sont beaucoup occupés dans ces

M. Chevandier », il priait le Comité « de préparer un projet de nature à sauvegarder tous les intérêts en présence. »

Préparé et rédigé, comme je viens de le dire, le projet a été présenté à la Chambre, dans la séance du 21 octobre 1886, au nom de M. le président de la République, par M. Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie, M. Demôle, garde des sceaux, ministre de la justice, et M. Goblet, ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.

Et maintenant, messieurs, j'ai, d'une part, à vous faire connaître le projet nouveau dans son texte et dans ses motifs, dans sa lettre et dans son esprit; d'autre part, j'ai à mettre ses dispositions en regard des dispositions correspondantes de la législation actuelle, et à vous indiquer celles que le projet confirme, modifie ou abroge.

Cette analyse fera ressortir en quelle mesure le projet du gouvernement, dans ses parties comme dans son ensemble, constitue un progrès sur la législation actuellement en vigueur.

C'est à la lumière du remarquable rapport annexé au projet de loi que je vais étudier chacun des 32 articles qu'il renferme.

Je le ferai aussi brièvement que possible.

En m'adressant à des esprits aussi bien préparés que les vôtres, messieurs, en traitant des questions sur lesquelles, depuis bientôt un siècle, tout a été dit, il me sera permis de ne point insister sur les détails de moindre importance, et de faire surtout porter mon examen sur les points essentiels du projet.

Mais je n'oublierai pas, dans cet examen, et je vous prie de ne point oublier, le but que M. le ministre indiquait aux rédacteurs de la loi, quand il leur recommandait « de s'efforcer de sauvegarder tous les intérêts en présence. »

C'est assez dire dans quel esprit le projet a été conçu; dans quel esprit il convient de l'examiner.

Destiné à sauvegarder tous les intérêts, il ne prétend pas donner à chacun tout ce qu'il espère, tout ce qu'il demande. Ce serait donc se méprendre étrangement que d'y chercher une solution absolue, idéale, une formule définitive, qui ne laisse rien à désirer, rien à attendre du progrès des institutions et des mœurs.

Sauvegarder n'est pas nécessairement satisfaire.

On ne sauvegarde tous les intérêts que par des concessions et des transactions, qui risquent de heurter chacun des intéressés, si peu qu'elles touchent à ses privilèges acquis ou à ses espérances.

derniers temps, de l'effet thérapeutique de la strychnine dans les diver ses manifestations de l'alcoolisme. Nous avons déjà eu l'occasion d'entretenir nos lecteurs de quelques observations cliniques à ce sujet. Voici maintenant un travail pharmacologique qui présente un réel intérêt : En faisant ingérer de l'alcool à 42 et 65° à des chiens, l'auteur put constater chez eux une démarche vacillante après 60 et une ébriété complète après 90 grammes de cette substance.

L'ingestion de l'alcool, continuée pendant une semaine, amenait un amaigrissement considérable suivi de mort. Par contre, en associant à l'usage de l'alcool des injections hypodermiques de deux milligr. de strychnine *pour chaque 30 gr. d'alcool*, on pouvait porter les doses de ce dernier jusqu'à 180 grammes, sans observer ni ébriété, ni symptômes de strychnisme. Mais on n'avait qu'à donner ces mêmes 180 gr. sans strychnine pour produire immédiatement une ivresse complète.

Grâce aux injections de strychnine, YAROCHEVSKY put même administrer à ses chiens jusqu'à 360 gr. d'alcool sans provoquer l'ivresse. Seulement, à cette dose, se manifestaient déjà des symptômes de strychnisme.

En somme, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° La strychnine supprime l'action enivrante de l'alcool; 2° elle permet d'ingérer pendant longtemps de grandes quantités d'alcool sans action nocive appréciable sur les organes ; 3° l'augmentation des doses d'alcool qu'on peut impunément ingérer, grâce à leur association avec la strychnine, a une limite : celle à laquelle la quantité de strychnine, nécessaire pour contrebalancer l'effet de l'alcool, commence à devenir toxique ; 4° la strychnine doit être employée comme remède contre toutes les formes de l'alcoolisme.

IV. Les expériences de l'auteur portent sur 5 cas. Chez 3 malades, les phénomènes morbides siégeaient surtout dans le testicule ; 1 malade était atteint seulement d'épididymite, et chez un autre il y avait de l'épididymite et de la déférentite. Tous ces cas étaient d'origine traumatique (coup de sabot de cheval, contusions pendant les exercices de gymnastique) et furent observés à l'hôpital militaire de Moscou. Le traitement par le massage commençait après la cessation de la période aiguë quand il devenait évident que la maladie, au lieu de se terminer par la résolution complète (qui, d'après Kocher, exige environ quinze jours pour les orchites et épididymites traumatiques), passait, au contraire, à l'induration chronique. L'effet du massage était vraiment excellent et se faisait promptement sentir. La tuméfaction et l'induration de l'organe diminuaient très manifestement pendant la séance : elles fondaient, pour ainsi dire, sous la main de l'opérateur. Déjà, après la première séance, la douleur et la sensation de pesanteur s'amendaient si considérablement que les malades se soumettaient très volontiers aux séances suivantes.

Les malades étaient massés tous les jours (une fois) par l'auteur lui-même. La première séance (préparatoire) durait dix, les suivantes quinze à vingt minutes. Le nombre maximum des séances, nécessaire pour la guérison complète, était de 10 (1 cas), le nombre minimum de 5. Tous les malades guérirent complètement.

Voici la technique du massage : L'opérateur, placé à la droite du malade, enduit légèrement sa main droite de vaseline et commence par l'*effleurage* du cordon spermatique ; puis il procède à des *frictions superficielles* en augmentant graduellement la force de pression et en allant toujours du pôle supérieur du testicule vers et jusqu'à l'anneau inguinal externe. On fait aussi des frictions sur les régions de l'aine et du pubis, dans la direction de l'ombilic. La main qui masse tient le cordon entre le pouce, placé en dessous, et les quatre autres doigts placés en dessus de l'organe. L'autre main relève et soutient le testicule malade. Cette manipulation, employée exclusivement à la première séance, est répétée au début, au milieu et à la fin de toutes les autres séances. Son but est de provoquer la contraction du cremaster (distendu et affaibli par l'augmentation du poids du testicule), d'augmenter le tonus des vaisseaux du cordon et de vider ses lymphatiques et ses veines.

A partir de la seconde séance, on commence à masser le testicule. On fait d'abord des *frictions légères*, puis du *pétrissage*, de la *malaxation*, en allant toujours dans la direction du courant sanguin et lymphatique sur l'épididyme de la tête à la queue et de cette dernière sur le cordon vers l'anneau inguinal ; sur le testicule, les frictions sont dirigées de la circonférence de l'organe vers le corps d'Highmore et le cordon ensuite. La force de pression est en général faible et varie selon les circonstances. Il faut toujours alterner les frictions avec les malaxations.

Qui pourrait dire que l'Officiat, — plus libre dans le choix de sa résidence et dans l'exercice de la médecine, — voudra reconnaître que la situation, telle que le projet la lui fait, est à la hauteur des exigences imposées pour son instruction par le décret du 3 août 1883 ? Le Doctorat tiendra-t-il pour une loi de progrès suffisant toute loi qui, devant les nécessités formelles de la pratique et le légitime souci des intérêts des populations, n'osera pas aller d'emblée jusqu'à cette réforme, absolument indiscutable dans le domaine de la théorie, mais inapplicable, sans désastreuses conséquences, dans la situation présente, l'unification du titre médical répondant au maximum des garanties de savoir ?

Le législateur doit regarder plus haut que ces intérêts et ces aspirations, si respectables qu'ils soient.

Pour lui, les exigences de l'intérêt des populations passent avant les réclamations des différentes branches de la grande famille médicale.

Pour apprécier comme il convient un projet de loi sur l'exercice de la médecine, il est indispensable de se mettre au point de vue où s'est placé le législateur lui-même. De là, messieurs, et de là seulement, on juge les choses avec vérité, avec désintéressement, sans passion, parce qu'on les voit de plus haut.

Ce n'est point à dire que, dans notre examen, nous ayons la pensée de négliger des intérêts professionnels très respectables ; nous leur ferons leur part légitime ; mais, nous plaçant sur le terrain choisi par les auteurs de la loi, voyant surtout le bien public, les intérêts majeurs en cause, nous nous demanderons si, étant donnés la situation de fait, les difficultés de la pratique, les besoins urgents de tant de communes, le projet, écartant toute solution théorique, ne remplit pas au mieux, dans la mesure du possible et pour l'heure présente, le programme transactionnel indiqué par M. le ministre ; en un mot, s'il « ne sauvegarde pas tous les intérêts en présence » : intérêts des populations, qu'il importe de ne pas laisser sans secours médicaux, intérêt de la dignité, de l'honorabilité et du bien-être professionnels du corps médical, qui trouvent dans le projet de loi du gouvernement un appui demandé en vain à la législation de ventôse, à la législation actuelle.

C'est ce que l'examen du texte du projet va nous apprendre.

(A suivre)

On sait que les indurations testiculo-épididymaires, même quand elles sont absolument indolores, peuvent, si elles persistent longtemps, amener des conséquences sérieuses et même irréparables (periorchites, atrophie des organes spermatogènes). Les moyens thérapeutiques employés dans ces cas restent souvent sans effet, et c'est encore le massage qui peut faire le plus. L'auteur pense que le massage devrait être essayé dans la première période de l'orchite aiguë, quand le parenchyme testiculaire est tellement infiltré de sérosité et gorgé de sang veineux que quelques chirurgiens recourent même à l'incision de l'albuginée. Il faudrait l'essayer aussi dans les périorchites plastiques.

Dr W. Holstein.

BIBLIOGRAPHIE

L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc (amputation inter-scapulo thoracique), par Paul Berger, chirurgien de l'hôpital Tenon, professeur agrégé. In-8° de 371 pages avec figures dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie. — Paris, G. Masson, éditeur, 1887.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Accidents consécutifs. — La suppuration est presque toujours signalée, mais elle semble avoir été plus abondante dans les cas traumatiques que dans ceux d'amputation pathologique. Des phénomènes d'infection septique furent également observés au cours de la suppuration. L'opéré de M. Verneuil, dont l'observation ei intéressante a été prise avec tant de soin par M. Tuffier, prosecteur, eut à diverses reprises des températures élevées. Enfin, il y eut de la pyohémie dans les cas de Mac Gill, de Parise et de d'Ambrosio.

Le pansement antiseptique semble avoir été insuffisant parfois pour prévenir les accidents infectieux. C'est ainsi que les malades de Mac Gill et de d'Ambrosio avaient été pansés suivant la méthode antiseptique; mais ne faut-il pas n'accepter qu'avec méfiance l'affirmation de ces auteurs, car, ainsi que le fait remarquer M. Berger, l'efficacité de la méthode est une vérité trop éclatante pour être infirmée par quelques cas particuliers, et l'on pourrait même invoquer le cas de Després, qui est un succès en dehors de l'antisepsie, comme une preuve que peut-être le danger d'infection septique est moindre pour l'amputation qui nous occupe que pour la plupart des grandes amputations.

Ne voit-on pas que la vaste plaie qui résulte de l'amputation inter-scapulo thoracique se prête mal aux accidents de cette nature. La large surface convexe que présente la paroi thoracique mise à nu ne comprend aucune anfractuosité où puisse s'accumuler le pus. Quoiqu'il en soit, l'examen des faits connus permet de considérer cette amputation comme une opération au cours de laquelle les accidents sont peu fréquents et dont les complications post-opératoires sont plus rares encore.

L'hémorrhagie pourra être prévenue par une hémostase préalable; quant aux complications secondaires de nature septique, il est permis d'espérer avec M. Berger que les ressources actuelles de la chirurgie les rendront de plus en plus rares.

En faisant la part des dangers inhérents à certains cas particuliers, on voit en dernière analyse que l'amputation en question est une opération peu grave, dont la mortalité générale ne dépasse pas le cinquième des cas et est inférieure à celle de la désarticulation de l'aine, et dont les résultats seront encore meilleurs quand le manuel opératoire aura été mieux réglé et que le chirurgien fera bénéficier son malade des ressources de la chirurgie antiseptique.

Dans le chapitre suivant, M. Berger aborde la question des récidives; l'examen des observations permet d'en relever une très forte proportion.

Sur 22 cas d'amputation pathologique d'emblée, nous avons vu que 17 fois il y avait en survie; si, de ces 17 cas, on retranche celui de Bérenger-Férand, relatif à une ostéomyélite, il reste 16 cas. Or, 9 fois il y a en récidive à plus on moins brève échéance.

3 fois seulement, elle a apparu dans la cicatrice (Després, Hancock et Hearth), 2 fois le siège n'est pas indiqué, 3 fois enfin (Crosby, Parise, Verneuil) la mort survint par généralisation sans récidive locale.

Dans les 7 cas qui restent, 4 fois on ne trouve pas mentionné de récidive; en revanche, la guérison se maintient encore chez l'opérée d'Ollier (sarcome) après deux ans; l'opérée de M. Berger (enchondrome) est également indemne de récidive après quatre ans. Dans le deuxième cas de Mussey, la guérison persistait, après neuf ans (sarcome).

Les amputations consécutives ne donnent malheureusement pas de meilleurs résultats au point de vue de la récidive.

Sur 16 observations, 13 mentionnent le succès immédiat de l'opération. De ces 13 opérations, nous devons retrancher le cas de Fergusson, relatif à une ostéite. Or, des 13 amputations pour tumeur, 5 furent suivies de récidive. De ces 5 faits, les 3 où le siège de la récidive est indiquée nous montrent la terminaison survenant par le fait de la généralisation; nulle part, la récidive locale n'est mentionnée. Mais ces résultats ne doivent pas décourager le chirurgien, qui devra se rappeler le cas de Conaut qui, pour un cancer, amputa successivement le pouce, l'avant-bras, l'épaule, puis l'omoplate et la clavicule. Le malade vivait encore vingt ans après la dernière extirpation.

M. Berger fait remarquer d'ailleurs qu'il existe des guérisons durables et définitives, et que le chiffre de ces cas augmenterait peut-être si l'on avait recours de bonne heure à l'intervention la plus large.

L'auteur étudie dans un chapitre spécial les résultats de l'opération au point de vue de la pratique et de la prothèse chirurgicale.

Mais nous ne pouvons suivre M. Berger dans les développements intéressants qu'il fournit sur cette question.

Qu'il nous suffise de dire, qu'en se basant sur son fait personnel et sur ceux publiés par les auteurs, il estime que la mutilation qui résulte de l'opération peut être atténuée par l'application d'appareils perfectionnés, solides et très simples, qui trouvent sur le tronc un point d'appui très suffisant.

Un chapitre très important à analyser est celui relatif aux indications de l'amputation inter-scapulo thoracique.

Indications et contre-indications des amputations totales d'emblée. — Sur les 22 cas, 20 fois l'opération a été faite pour des tumeurs, 1 fois pour une ostéomyélite, 1 fois pour un cancer du sein.

Sur les 20 cas de tumeurs, 9 fois il s'agissait de tumeurs de l'omoplate, 6 fois de tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus. Enfin, dans 5 cas, le siège n'est pas indiqué.

Indications fournies par les tumeurs de l'omoplate. — L'intervention, dans le cas de tumeur de l'omoplate, récemment encore condamnée par Michaux de Louvain, en 1865, est entrée depuis peu dans la pratique chirurgicale, grâce aux perfectionnements de l'hémostase et aux progrès réalisés dans la pratique du pansement. La difficulté réside aujourd'hui dans le choix de l'opération.

Pour les tumeurs bénignes, il convient de recourir à une résection partielle.

Mais M. Berger fait bien ressortir ce fait, qu'en présence d'une tumeur maligne, ces opérations parcimonieuses deviennent insuffisantes et que la résection totale de l'omoplate et l'amputation de cet os restent seules en balance avec l'ablation de la totalité du membre ; il convient d'examiner les résultats fournis par ces opérations.

Or, la résection totale de l'omoplate laisse au malade un membre utilisable. Sur 45 cas recueillis par Poinsot, 9 fois le résultat a été très bon, 11 fois il est noté comme bon; 10 fois, malgré la perte de certains mouvements, le bras rendait de réels services au malade. 2 fois seulement, il y eut impuissance fonctionnelle.

L'amputation (conservation de la cavité glénoïde de la coracoïde) a fourni des résultats analogues.

Mais, au point de vue de la récidive, si l'on compare les statistiques de Poinsot (résection totale, 26 cas) et de Langenhagen (amputation, 25 cas), on est frappé du nombre élevé des récidives et de la faible proportion des guérisons; peut-être les guérisons définitives sont-elles plus fréquentes après la résection totale. Aussi convient-il de donner la préférence au sacrifice de l'os enlevé en totalité sur son ablation partielle.

Le choix n'est donc plus à faire qu'entre la résection totale et l'amputation inter-scapulo thoracique.

La mortalité de cette dernière opération (20 ou 25 %) est en vérité bien supérieure à celle de la résection totale, mais l'on peut dire avec M. Berger, en s'appuyant sur les faits que nous avons analysés plus haut, que la résection de l'omoplate prête bien plus que l'amputation totale du membre à la récidive, et surtout à la récidive locale de la tumeur.

Il n'en est pas moins établi qu'en raison de sa gravité moindre, et des avantages qu'elle fournit au point de vue fonctionnel, elle doit rester l'opération de choix et que l'amputation inter-scapulo-thoracique doit être réservée aux cas dans lesquels l'étendue du mal, le développement considérable de la tumeur, contre-indiquent absolument la résection; elle ne doit donc être considérée que comme une opération de nécessité.

L'examen des faits permet d'ailleurs de résoudre cette question des indications de l'amputation inter-scapulo thoracique qui se trouve ainsi réduite aux contre-indications de la résection.

M. Berger étudie successivement les cas où la résection est rendue impossible, parce que la tumeur entoure les vaisseaux axillaires et affecte avec eux des rapports intimes, parce qu'elle englobe l'articulation scapulo-humérale jusqu'au bras, parce qu'elle présente un volume excessif. L'envahissement et l'ulcération de la peau, avec diffusion dans les espaces inter-musculaires, l'extension de la tumeur aux ganglions voisins, contituent également des contre-indications de la résection et par conséquent des indications de l'amputation inter-scapulo thoracique.

Quant à cette dernière, ses contre-indications sont communes à l'ablation de toutes les tumeurs; il faudra, pour entreprendre une semblable opération, être sûr qu'il n'existe pas de généralisation et que l'on pourra extirper toute la tumeur.

Toute adhérence à la paroi thoracique deviendra donc une contre-indication formelle; il en sera de même de toute ulcération étendue de la peau, des envahissements ganglionnaires étendus.

En dehors de ces conditions spéciales, il n'en existe aucune susceptible d'arrêter l'action chirurgicale.

Indications fournies par les tumeurs de l'humérus. — Des 6 observations d'amputation totale dans des cas de ce genre, 2 fois il s'agissait de chondromes (Syme, Berger). Dans ce dernier cas, l'opération se trouvait indiquée par l'énorme volume de la tumeur, l'application intime de l'omoplate à la surface de la tumeur et le mode particulier de pédiculisation de la tumeur qui avait entraîné l'omoplate loin de la paroi thoracique. M. Berger montre avec raison que l'opération devait être plus facile et moins dangereuse que la désarticulation, et qu'en tout cas une semblable opération mettait plus sûrement le malade à l'abri des récidives.

Ce n'est donc pas toujours, en résumé, l'envahissement de l'omoplate qui devra conduire le chirurgien à ce mode d'intervention, mais bien les cas où le volume de la tumeur, ses connexions avec l'omoplate, rendent l'amputation inter-scapulo thoracique plus sûre au point de vue opératoire et thérapeutique.

Mais cette opération, déjà si indiquée dans les circonstances qui précèdent, le deviendra plus encore dans les cas de tumeurs malignes avec envahissement de l'omoplate, des muscles et des ganglions axillaires.

M. Berger termine ce chapitre si intéressant par quelques considérations sur les indications opératoires dans les cas d'ostéite, d'anévrysmes, et de quelques affections de voisinage, comme le cancer du sein; enfin sur les indications et contre-indications des amputations pathologiques consécutives.

Amputations traumatiques. — 13 fois l'amputation inter-scapulo thoracique a été pratiquée :

Coup de feu....................	2 fois.
Délabrements par les machines.	4 —
Arrachement du membre......	6 —
Cause indéterminée...........	1 —

Plaies par coup de feu. — Les blessures par coup de feu de l'épaule, qu'il y ait ou non fracture de l'omoplate, fournissent des indications à peu près semblables; les lésions de l'extrémité supérieure de l'humérus, celles des vaisseaux et des nerfs de l'aisselle, déterminent le chirurgien soit à la conservation, soit à la désarticulation ou à la résection primitive. Ce n'est que dans les cas exceptionnels, lorsque la perte du membre est assurée et qu'en même temps l'omoplate aura été broyée, qu'on pourra pratiquer, après la désarticulation, l'extraction des fragments de l'omoplate, ou bien, mais plus rarement, l'amputation inter-scapulo thoracique (Gactani et Cuming). Ultérieurement, deux ordres de complications pourront conduire, après la désarticulation, à l'ablation de l'omoplate. Ce sera, d'une part, la répétition d'hémorrhagies dues à la lésion fréquemment observée des artères scapulaires supérieure et postérieure; d'autre part, la nécrose étendue de l'omoplate.

Délabrement par machines. — Dans 4 cas, l'opération a été primitive et quelquefois immédiate. Mais, en présence de l'effrayante mortalité (3 sur 4 cas), on peut se demander si l'opération est à conseiller, et tout au moins à quel moment il serait le moine dangereux de la pratiquer. Or, ici, la déchirure des vaisseaux importants commande une intervention immédiate, et l'on ne saurait différer même s'il existe du schock traumatique, comme dans les cas d'arrachement du membre.

L'imminence de la gangrène constitue un nouvel argument pour une intervention rapide. Aussi M. Berger conseille-t-il avec juste raison de recourir à une opération immédiate, du moins primitive et presque toujours rapide dans la majorité des cas semblables, en mettant toutefois à part ceux où le schock est assez prononcé pour faire craindre une fin prochaine et ceux où il existe des lésions concomitantes mortellee.

Quant au choix de l'amputation inter-scapulo thoracique, il faut qu'il existe un broiement et une attrition du scapulum rendant toute conservation impossible, la séparation presque complète de ces fragments entraînés au milieu des tissus voisins (Parise), la continuation de l'hémorrhagie par les scapulairee, enfin une destruction très étendue des téguments.

En dehors de ces cas, M. Berger conseille, en raison du schock qui vient forcer la main du chirurgien, de recourir à la désarticulation de l'épaule, d'une exécution plus rapide.

Arrachement du membre. — M. Berger en a recueilli 6 cas. L'examen de ces cas démontre nettement que l'indication de l'amputation inter-scapulo thoracique résulte surtout des lésions des parties molles, spécialement de la peau ; rarement l'on devra faire entrer en ligne de compte les fractures de l'omoplate, qui ne compromettent pas les résultats de la désarticulation ; aussi c'est certainement l'arrachement qui donne à l'opération qui nous occupe ses meilleurs indications et aussi ses cas les plus favorables. D'ailleurs, exception faite du cas de Winslow Lewis, 5 fois cette opération a été faite sans qu'il y ait eu un cas de mort.

On pourra attendre, ainsi que le conseille Lucas-Championnière, la disparition du schock, si l'hémorrhagie n'oblige pas à une intervention immédiate, la plaie d'arrachement se prêtant mieux que dans le broiement à la temporisation. Mais M. Berger ajoute qu'il aurait recours volontiers à l'opération immédiate, même dans le cas d'une hémorrhagie faible, car il ressort nettement des observations que l'acte chirurgical n'ajoute que peu au schock traumatique lui-même.

L'opération. — Nous serons bref sur cette partie de l'ouvrage de M. Berger; car, bien que ce chapitre de médecine opératoire soit le résultat de nombreuses recherches d'amphithéâtre, nos lecteurs se souviennent encore de la très intéressante communication qu'il a faite sur ce sujet au dernier Congrès de chirurgie.

Ajoutons même que ce chapitre fourmille littéralement d'aperçus intéressants et nouveaux et qu'il échappe à toute analyse.

L'auteur fait ressortir les conditions particulières de gravité que l'amputation inter-scapulo thoracique présente dans son exécution, parmi lesquelles surtout le volume des vaisseaux qui sont intéressés. La nécessité d'adopter par conséquent la voie la plus rapide et la plus sûre constitue une indication de premier ordre ; c'est donc à cette indication que doit satisfaire le plan général de cette opération.

M. Berger choisit pour type, dans cette étude, l'opération la plus large et la plus complète pour envisager, par la suite, les modifications que peuvent leur faire subir certaines circonstances pathologiques particulières.

Dans tous les cas, ce sera toujours par la paroi antérieure de l'ansille que l'on attaquera l'interligne inter-scapulo-thoracique. La ligature de l'artère et de la veine sous-clavières, après résection de la partie moyenne de la clavicule, devra en être le premier temps ; elle constituera vis-à-vis de l'amputation une vraie opération préliminaire dont les avantages, bien indiqués par l'auteur, sont : 1° d'assurer contre l'hémorrhagie qui pourrait résulter de la blessure de l'artère axillaire et de ses branches ; 2° de diminuer au cours de l'opération (tumeur de l'omoplate) ou de supprimer (tumeur de l'humérus) l'écoulement sanguin qui vient de la tumeur ; 3° de préserver contre l'entrée de l'air dans les veines ; 4° de permettre d'ouvrir vite et largement l'interligne scapulo thoracique ; 5° de réserver pour le dernier temps la division des attaches postérieures du membre où la circulation artérielle est encore active.

Dans l'exécution des temps ultérieurs, il convient de sectionner d'abord les attaches musculaires antérieures (grand et petit pectoral), de ne couper qu'à la fin les attaches postérieures qui reçoivent leurs vaisseaux de branches qui naissent de la sous-clavière au-dessus de la ligature.

Quant au procédé de l'auteur, procédé à deux lambeaux pectoro-axillaire et cervico-scapulaire, pour lequel nous renvoyons le lecteur et à l'ouvrage et à sa communication au Congrès, nous tenons à dire avec M. Berger que s'il ne trouve pas dans la pratique son application rigoureuse en raison de la variété des cas pathologiques, il pourra tout au moins servir de guide au chirurgien qui se trouvera amené par les circonstances à entreprendre l'amputation inter-scapulo-thoracique.

Arrivé au terme de cette analyse, nous tenons à dire que, malgré les longs développements dans lesquels nous sommes entré, nous n'avons pu donner qu'un faible aperçu de l'ouvrage important de M. Berger. Néanmoins, nous espérons avoir démontré l'intérêt que comporte la lecture d'un travail qui a demandé à son auteur cinq années de minutieuses recherches et dans lequel on retrouve à chaque page les qualités de chirurgien, de clinicien et de critique qui caractérisent le chirurgien de l'hôpital Tenon.

Ajoutons que ce livre est soigneusement imprimé, enrichi de nombreuses figures et de planches en chromolithographies et que sa lecture en est facile et agréable. Nous sommes sûr qu'il recevra le meilleur accueil dans le public médical.

Picqué.

BULLETIN

Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France.

Il n'est pas besoin que l'année sociale d'une œuvre comme l'Association générale abonde en incidents émouvants et curieux pour que ses réunions aient du charme. N'est-ce pas un grand plaisir, pour les délégués des Sociétés locales, les membres du Conseil et les médecins de Paris, de se retrouver

chaque année, de resserrer les liens formés, ou au début des études communes, ou même dans ces réunions, soit parce qu'on s'est trouvé assis à côté l'un de l'autre dans cet amphithéâtre de l'Assistance publique, témoin de tant de luttes, soit qu'on ait été voisin de table au banquet du premier jour, soit enfin qu'on ait pris part aux discussions du lundi avec les mêmes idées ou les idées contraires.

Cette année, l'empressement était moindre, non de la part des délégués que la réduction de moitié sur le prix des places avait faits plus nombreux, mais de la part des confrères parisiens à qui le banquet de l'Internat tenu la veille suffit, et qui, à chacun de ces dîners de l'Association, se font plus rares.

Mais laissons là regrets et critiques, et abordons le compte rendu de la 28e session.

Elle débute par un discours chaleureux du président M. Roger, qui, tout d'abord, paie au gynécologiste, à l'hygiéniste, au médico-légiste et surtout à l'assidu sociétaire Gallard un juste tribut d'éloges. Un mot de sympathie est donné au dévouement et à l'énergie de nos confrères des Alpes-Maritimes, qui, dans le tremblement de terre de Menton, n'ont pas failli à leur double devoir de médecins et de citoyens, en soulageant les misères, en aidant au relèvement des ruines, en activant les mesures d'hygiène.

M. Roger ne manque pas de signaler les bienfaits dont l'Association a été l'objet. M. Horteloup lui a donné 500 fr. pour fêter son entrée dans le Conseil de surveillance de l'Assistance publique par le suffrage de ses pairs ; M. Marjolin, l'aimable confrère et le philanthrope persévérant, augmente de 1,000 fr. sa cotisation ; les veuves de MM. Gallard et Yvaren perpétuent par un don le souvenir de leurs chers morts. Mme veuve Cloquet, qui a déjà comblé l'Association en lui donnant la nu-propriété d'une somme de 20,000 fr., lui donne cette année la nu-propriété de 50 obligations d'Orléans.

Le docteur Roth, qui a constitué la Société de l'hospitalité de nuit et l'Association générale ses légataires universelles, laisse par ce fait à cette dernière plus de 100,000 francs.

M. Roger s'est félicité de cette prospérité croissante et qui est indispensable au succès de l'œuvre et au bien qu'elle fait et veut faire.

A cette éloquence de l'esprit et du cœur a succédé l'éloquence des chiffres. M. Brun, avec sa clarté habituelle, nous a exposé la situation financière.

Les recettes ont été de 4,044 fr. pour droits d'admission (462 fr. de plus qu'en 1885, ce qui fait 337 membres nouveaux), de 9,568 fr. 92 pour dixième de cotisation, de 3,064 fr. 34 pour dixième de revenus, de 5,846 fr. pour remboursement de l'annuaire. Dans les dépenses, figurent 7,189 fr. 50 pour impression de l'*Annuaire*, et 3,110 fr. pour subventions payées à six Sociétés locales trop pauvres pour secourir convenablement leurs sociétaires malheureux.

Le fonds spécial de la Caisse des retraites s'est augmenté cette année de 63,324 fr. 63 et a atteint le chiffre de 1,018,877 fr.

En fin de compte, l'avoir de l'Association générale est :

Pour la Caisse générale, de.....	88,337 fr.	53
Pour la Caisse des pensions, de..	1,018,897	41
Total......	1,107,234 fr.	94

Si nous tenions compte de l'avoir des Sociétés locales, nous arriverions au chiffre de plus de 2,200,000 francs, ce qui est un beau denier.

M. Bucquoy était chargé cette année du rapport de la Commission de la Caisse des pensions ; il montre le succès de cette branche de l'œuvre, les Sociétés locales versant dans cette Caisse une partie de leur excédant afin d'accélérer et d'étendre le fonctionnement des pensions. La Caisse a été fondée en 1863, elle a fonctionné en 1874 donnant cette année-là à quelques sociétaires une modeste rente viagère de 300 fr. L'an dernier, il y avait 67 pensionnés. Ils sont réduits par décès, au 31 décembre 1886, à 56 jouissant d'une pension de 600 fr. Cette année, il y a en 17 demandes, — et quelles misères elles dévoilent, — et la Commission propose de les satisfaire toutes, non pas avec 226,666 fr., comme au jour où l'intérêt donné par l'Etat était de 4 1|2 p. 100, mais avec 255,000 fr., au taux de 4 p. 100 auquel les nécessités budgétaires ont contraint d'abaisser l'intérêt.

M. Bucquoy estime que très prochainement, sinon dès aujourd'hui, le nombre des pensions à accorder annuellement sera sensiblement celui des pensions laissées libres par le décès des titulaires. Or, comme la somme annuelle dont s'augmente le fonds de retraite est de 50,000 fr., M. Bucquoy pense que nous pourrons bientôt « disposer d'une somme suffisante pour commencer à élever de nouveau le taux de nos pensions et marcher vers le but auquel tendent tous nos efforts, c'est-à dire 1,200 fr. de retraite. »

M. de Ranse, chargé d'examiner les comptes du trésorier, avait, avant M. Bucquoy, pris la parole pour rendre hommage à la gestion de M. Brun ; et il avait, lui aussi, montré le bon fonctionnement de la Caissse des retraites qui, d'après ses calculs, n'a demandé à chaque sociétaire qu'un versement annuel de 4 francs pour aboutir à ce beau résultat.

Le rapport du secrétaire général, M. Foville, excellemment écrit, comme ceux des années précédentes, ne produit pas grand nombre de faits intéressants ; la faute en est, dit l'orateur, aux Sociétés locales qui, elles-mêmes, ont eu une histoire peu remplie. M. Foville insiste, à son tour, sur les dons et legs faits à l'Association, et il cite ce mot touchant du docteur Barthe (Noël), décédé à Saint-Emilion (Gironde) : « Mon avoir me provenant, dit ce digne confrère, dans son testament, de l'exercice de la médecine à Saint-Emilion et dans les communes environnantes, où j'ai pratiqué avec honnêteté et sans charlatanisme cette utile profession pendant plus d'un demi-siècle, une part de cet avoir doit revenir à la médecine. » M. Foville, après quelques mots sur les améliorations apportées dans la confection de l'*Annuaire*, dit un mot de regrets sur chacun des présidents des Sociétés locales morts dans l'année : Caussé (d'Albi), Blin (de Saint-Quentin), Bocamy (de Perpignan), Dagan (de Savoie), Pagés (d'Alais), Lafont (de Bayonne).

Au nombre des décisions des Sociétés locales mentionnées par M. Foville figure celle-ci de la Société du Rhône, qu'en général « un médecin, ayant à intervenir auprès d'un malade, ne doit agir, s'il se croit dans la nécessité de procéder à un examen de nature à modifier ou à interrompre ce traitement institué, qu'en présence et avec l'autorisation expresse du médecin traitant ; que d'ailleurs, toutes les fois que le malade peut en éprouver des souffrances nouvelles, ou se trouver par suite exposé à des conditions capables de retarder ou de compromettre la guérison, un examen, quel qu'il soit, devient inutile et dangereux et doit être évité ; que le diagnostic du médecin traitant doit être tenu pour exact... »

Quelques faits scandaleux d'exercice illégal viennent en-

suite. Puis M. Foville indique les projets de loi soumis aux Chambres : celui sur l'exercice de la médecine est en bonne voie. Le Conseil d'Etat, au contraire, repousse l'extension aux cas de faillite et de déconfiture du privilège accordé au médecin pour le paiement de ses honoraires en cas de mort; mais, dans le projet de loi sur l'exercice de la médecine, figure la prescription quinquennale pour les honoraires en cas de décès (au lieu d'un an). L'extension à la profession médicale de la loi des syndicats professionnels est encore « accrochée aux formalités de la procédure parlementaire ».

Le rapport de M. Foville a clos la première journée. Le soir, un banquet relativement peu nombreux de l'Hôtel Continental, la cordialité a été parfaite, les toasts ont été charmants. M. Roger a, comme toujours, souhaité la bienvenue aux délégués accourus en plus grand nombre, grâce à la réduction de moitié sur le prix des places ; il a spirituellement fait remonter par un raisonnement fort naturel la reconnaissance de ce bienfait à l'inventeur de la vapeur, et il a bu au souvenir de cet ingénieux confrère, Denis Papin... et à sa marmite.

M. le docteur Surmay (de Ham) a remercié au nom des délégués et a montré l'idéal auquel doivent tendre les efforts de l'Association.

M. le professeur Brouardel a porté le toast accoutumé au Conseil judiciaire de l'Association et aux Conseils judiciaires des Sociétés locales. Dès le début de son allocution, il tient à dissiper un malentendu : Beaucoup de nos confrères, dit-il, qui ont à témoigner en justice, se plaignent de la langue acérée et de la dent un peu dure des avocats ; ils ne songent pas que les professions d'avocat et de médecin sont similaires. Le défenseur que la loi donne à un accusé doit rechercher tout ce qui peut être invoqué en faveur de l'innocence de son client. Est-ce que les médecins ne traitent pas eux aussi des personnes incurables ; ne pardonne-t-on pas au praticien les mensonges pieux qu'il fait aux malades pour adoucir leurs derniers moments ? Sans doute, quelquefois, on peut trouver que le défenseur a été vif, mais on lui doit cette justice qu'il a rempli son devoir.

M. Betolaud, membre du Conseil judiciaire de l'Association générale, a répondu par une improvisation chaleureuse et spirituelle que nous voudrions reproduire ; il a surtout insisté sur le libéralisme de la profession d'avocat et a tracé du médecin de campagne, en quelques traits précis, un portrait exquis. Son succès a été complet.

A la séance de lundi, peu d'affaires. MM. de Ranse, Hugot (de Laon) et Vidal, sont nommés membres de la Commission des pensions. MM. Burdel (de Vierzon), Peter, Hameau (de la Gironde), de Mahy, Cazelles, sont nommés membres du Conseil général, ces trois derniers en remplacement de MM. Gallard, décédé, Gavarret et Denucé (de la Gironde), nommés membres honoraires.

Puis M. Riant lit un travail très complet sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. Il sera, vu son importance, intégralement reproduit dans la GAZETTE.

M. Trollard (d'Alger), demande à y répondre, mais M. Foville fait remarquer qu'il s'agit d'un travail personnel et non d'un rapport demandant une discussion.

On passe à l'examen des vœux. La Société de la Loire et de la Haute-Loire demande que les Sociétés qui ont droit à plusieurs délégués aient aussi droit, dans les assemblées générales de l'Association générale, à un nombre égal de voix. Le vœu est renvoyé au Conseil général. Un vœu tendant à modifier l'article 20 des statuts est présenté par la Société de l'Oise. Il s'agirait de tenir alternativement les séances à Paris et dans une ville de province. Le vœu n'est pas appuyé.

Il en est de même d'un vœu de la Société du Cher, qui voudrait que les séances annuelles se tinssent le premier dimanche de mai. On décide qu'exceptionnellement la séance de 1889 (année de l'exposition) se tiendra à une époque que le Conseil est chargé d'étudier.

M. Trollard (d'Alger) demande la parole pour présenter deux vœux de la Société dont il est le président : l'un relatif aux Caisses des retraites, l'autre relatif à la fondation d'un refuge médical à Kipnaza (Algérie). Mais, ayant obtenu du bureau l'autorisation de s'adresser directement à ses collègues, il leur recommande tout un système de délibérations et de travaux propre à les faire se départir de l'apathie habituelle qu'il leur reproche.

M. Foville trouve que M. Trollard a outrepassé l'autorisation; en somme, il s'agit de vœux nouveaux, et cela ne touche pas à la Caisse des retraites dont il devait parler.

M. Brun, à ce propos, proteste contre tous ces projets de Caisses qui tendent à ébranler la confiance du public médical dans les actes et la direction du Conseil général ; il montre, sous l'influence de cette suspicion, les Sociétés locales n'ayant versé cette année que 18,000 francs dans la Caisse des retraites, au lieu de 25,000 fr. versés l'an dernier. Il demande l'ordre du jour.

Sur une réclamation de M. Trollard, M. Horteloup donne lecture d'un passage du *Compte rendu de la Société d'Alger*, dans lequel M. Trollard jette sur l'Association, et principalement sur le Conseil général, le blâme le plus vif ; il l'accuse, entre autres aménités, d'aller dans les ministères, moins pour s'occuper des intérêts sociaux que pour décrocher des rubans rouges. Le reste est dans ce ton.

L'Assemblée est indignée. M. Foville prétend que l'Association et le Conseil sont au-dessus de pareils outrages.

M. Hameau les blâme au contraire avec énergie. M. Trollard demande à s'expliquer, et, sur le refus de l'Assemblée, quitte la séance. Nous aurions bien voulu que M. Trollard s'expliquât, non seulement pour que sa liberté fut complète, mais parce que nous eussions été curieux de voir comment il pouvait « expliquer » des accusations écrites aussi formelles.

Le soir, réception aimable chez M. et Mme Roger, et à laquelle notre ami, le docteur Tillot (de Luxeuil), a donné un grand attrait en récitant ou chantant des pièces de vers et des chansons tour à tour spirituelles, mordantes ou touchantes.

Dr C. DELVAILLE.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français a tenu aussi dimanche dernier son Assemblée générale annuelle. Le rapport du trésorier, que nous croyons devoir reproduire, fera connaître la situation prospère et pleine de promesses de cette institution, encore fort discutée, mais qui semble devoir triompher des obstacles que rencontre toute œuvre nouvelle.

Messieurs et honorés collègues,

Ainsi que je vous le faisais prévoir l'année dernière à pareille époque, notre Caisse atteignait et dépassait même au 31 décembre

1886 le chiffre de cent mille francs, cette première étape du million.

Ces cent mille francs sont déjà loin. Au 1er avril dernier, nos encaissements se montaient à 128.041 64. et aujourd'hui, 15 avril, ils s'élèvent à la somme de 128.955 46 (1).

Vous le voyez, messieurs, l'œuvre marche, elle est prospère; son accroissement est constant, continu. Grâce à votre fidélité, vraiment remarquable par le temps qui court, grâce à la régularité de vos versements, notre Caisse augmente sans cesse, tantôt par sauts hrusques, énormes, aux grandes marées d'échéance qui mettent votre trésorier sur les dents; tantôt à petits coups, tout doucement. Ce sont quelques versements en retard, ou des cotisations de nouveaux adhérents, ou encore les intérêts de nos valeurs, intérêts à échéances variées, qui commencent à faire un chiffre respectable. Bref, en dépit des détracteurs que toute œuvre naissante trouve snr son chemin, nous prouvons le mouvement en marchant, ce qui est, comme chacun sait, la meillenre preuve qu'on ait jamais pu en donner.

De la comparaison des denx bilans que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, l'un dressé au 24 avril 1886, l'autre au 15 avril dernier, il vous est facile de conclure :

1o Que le chiffre de nos cotisations, pour la période écoulée entre le 24 avril 1886 et le 15 avril 1887, s'est élevé à la somme de............		33.390 40
2o Que nos valeurs ont produit en intérêts........		3.493 05
3o Que le chapitre *Frais généraux* a subi une augmentation en recette de............		40 60
provenant de remboursements faits par un certain nombre de membres des frais de correspondance et de reçus		
4o Que le chapitre *Caisse des pensions* s'est augmenté d'une somme de............		400 ..
provenant :		
1o D'un bon de M. le président Dujardin-Beaumetz............	200	
2o D'un bon du CONCOURS MÉDICAL........	200	
	400	

Bref, nos recettes fournies par le total de ces divers chiffres se sont élevées à la somme de............ 37.324 05

De l'examen de la colonne *Débit*, il ressort :		
1o Que nos frais généraux ont été de............		1.104 85
2o Que nous avons acheté les valeurs suivantes :		
50 obligations anciennes du chemin de fer d'Orléans............	19.795 70	
600 francs de rente 3 0/0 amortissable...	16.955 30	
		36.691 ..
Total........		37.795 85

Aujourd'hui, nous avons en portefeuille les valeurs suivantes :

Valeurs.	Prix d'achat	Cours actuel Bourse de Paris du 12 avril	Revenu
30 ohligations Midi............	11.286 ..	11.805 ..	436 50
1800 fr. Rente 3 0/0 amortissable.	49.678 75	50.640 ..	1.800 ..
50 ohligations fonciéres 1883...	18.268 75	18.987 50	728 ..
50 ohligations communales 1886.	24.705 25	24.500 ..	970 ..
50 ohligations Orléans.........	19.568 ..	19 700 ..	727 50
	123.902 70	125.632 50	4.662 ..

Si nous voulons maintenant, d'apres tous ces chiffres, établir notre budget pour l'année courante, voici quelle sera approximativement notre situation au 31 décemhre prochain :

Budget de 1887.

Encaissements au 1er avril.........	128.313 46	
Cotisations en retard	4.392 ..	
Échéance de septembre............	5.810 ..	
Total des encaissements au 31 décemhre............		138.515 46
Intérêts des valeurs............		2.696 ..
Total au 31 décembre.....		141.211 46

Notre avoir sera donc au 31 décemhre 1887 de 140 à 150,000 fr.

Restent six années à courir, et si, comme tout le fait espérer, notre œnvre marche pendant ces six ans du même pas qu'aujourd'hui, à supposer même qu'elle ne recrutât aucun adhérent, ce qui est, vous en conviendrez, presque inadmissihle, dans six ans nous commencerons à fonctionner avec nn capital de quatre à cinq cent mille francs.

A ce moment, nous aurons donc de 15 à 20,000 fr. de rente, et avec nos cotisations dont le chiffre s'élève de 35 à 40,000 fr. par an, ce sera une somme de 50 à 60,000 fr. que nous aurons à distribuer tous les ans entre nos pensionnés, c'est-à-dire de quoi servir 40 à 50 pensions de 1200 fr.

Or, nous connaissons sûrement le maximum des charges que nous aurons pendant les trois premières années de notre fonctionnement complet.

En 1894, nous aurons 14 pensionnés touchant en tout 10.658 fr.; en 1895, 22 pensionnés toucheront 17.028 fr.; en 1896, 26 pensionnés toucheront 19 918 fr. Ces trois premières années nous donneront donc une augmentation de capital de plus de cent mille francs.

Ce résultat n'est-il pas de nature à convaincre les plus incrédules?

J'en ai fini, messieurs, avec cette énumération des chiffres, fastidieuse sans doute, mais intéressante en somme, n'est-ce pas? Vous voudrez hien excuser toutes les minuties de votre trésorier, tous les détails dans lesquels entre son rapport. Je crois hien faire en vous les exposant; il faut, à mon avis, que chacun de vous y voie absolument clair dans la situation de la Caisse.

Je n'ai plus qu'un dernier tableau à vous présenter, celui de notre situation en gros, le voici :

RECETTES.		
Cotisations............	120.019 60	
Dons à la Caisse des pensions........	1.800 ..	
Dons à la Caisse auxiliaire.........	550 ..	
Profits et pertes.	343 71	
Intérêts des valeurs............	6.242 15	
		128.955 46
EMPLOI.		
Portefeuille............	123.902 70	
Frais généraux............	4.072 83	
Reste en caisse au 15 avril 1887.....	979 93	
		128.955 46

Note. — La Caisse auxiliaire est destinée aux secours. Elle est alimentée par les dons et par une retenue de 1 0/0 sur la recette brute de la Caisse. Son capital est actuellement de 1.834 fr. 48.

Cette année, comme l'année précédente, la Caisse des pensions a reçu :

1o De M. le président Dujardin Beaumetz un don de 200 fr.

2o Du CONCOURS MÉDICAL, un don de 200 fr.

Paris, le 17 avril 1887.

Le Trésorier, Dr H. VERDALLE.

NOTES & INFORMATIONS

PROJET DE CRÉATION DE CHAMBRES MÉDICALES EN ALLEMAGNE. — La question d'un ordre des médecins s'est posée au-delà

(1) Au 17 avril, le total est de 129.435 96.

du Rhin comme en France et paraîtrait devoir, dans un avenir relativement prochain, recevoir une solution pratique. Il s'agit, en effet, de créer des Chambres médicales qui auraient pour attributions d'assurer les intérêts moraux et professionnels du corps médical, d'éclairer les pouvoirs publics sur les questions d'hygiène, de donner aux autorités les avis qui leur seraient demandés, de se prononcer sur les mesures relatives à la santé publique.

Chaque Chambre médicale se recruterait à l'élection, à raison d'un membre par cinquante médecins, et élirait elle-même deux délégués qui feraient partie, à titre extraordinaire, du Collège médical de la province.

Le projet en question émane de l'initiative du Gouvernement. Aussi, s'il compte quelques partisans dans le corps médical, l'enthousiasme est loin d'être universel, et la majorité des médecins paraît plus disposée à conserver son indépendance qu'à accepter la tutelle de l'Administration.

Nous n'avons pas besoin de rappeler les raisons qui ont fait rejeter, chez nous, un projet analogue, émanant de l'initiative privée, et soumis l'an dernier à l'Association générale des médecins de France.

— Ecole de médecine d'Alger. — M. Berthelot, dans son discours prononcé à Alger à l'occasion de l'inauguration des Facultés de cette ville, a fait espérer la prochaine transformation de l'Ecole préparatoire de médecine en Ecole de plein exercice. Alger deviendra ainsi l'un des grands centres universitaires que l'on tend à créer.

— Ouverture du cours de pathologie interne. — M. le professeur Damaschino a ouvert son cours le mardi 19 avril, dans le Grand-Amphithéâtre, devant un auditoire nombreux qui lui a fait une sympathique ovation.

Avant d'aborder l'étude des maladies de l'encéphale, le professeur a tenu à tracer rapidement l'anatomie du cerveau: après avoir montré les quatre phases par lesquelles passait le cerveau dans sa période embryonnaire, M. Damaschino a insisté sur les différentes parties de l'écorce cérébrale, sur les analogies et les différences existant entre le cerveau des singes supérieurs et de l'homme.

Toute cette partie anatomique, souvent difficile à comprendre, était clairement exposée, et de nombreuses préparations photographiques sont venues en faciliter la compréhension.

Le professeur a terminé par l'histologie normale des différentes parties du cerveau.

Grâce à ces connaissances anatomiques, si utiles en pathologie cérébrale, les auditeurs pourront suivre aisément l'exposition des différentes maladies de l'encéphale.

— Excursions médicales. — La Société française d'hygiène a définitivement adopté, sur la proposition du docteur Grellety, les bases et l'itinéraire d'une caravane médicale, qui visitera, du 1er au 11 septembre, les stations du centre de la France.

On partira le 1er septembre de Paris et on s'arrêtera à Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-Larchambauld, Vichy (avec Saint-Yorre et Cusset), Néris, Chatelguyon, Royat, La Bourboule et le Mont-Dore.

Une ascension au Puy-de-Dôme rentre dans le programme des distractions.

Les touristes sont assurés d'une réduction de moitié place sur les tarifs des chemins de fer, de prix spéciaux dans les hôtels, etc.

La femme et les enfants des excursionnistes auront droit aux mêmes avantages. Une quarantaine de personnes sont déjà inscrites.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le corps pharmaceutique de Paris vient de faire une grande perte en la personne de M. Limousin, président de la Société de thérapeutique et de la Société de médecine pratique, inventeur de procédés ingénieux d'administration des médicaments.

Hôpitaux de Paris. — Un concours public pour la nomination à une place de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 2 juin 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 25 avril 1887 et sera clos définitivement le samedi 14 mai, à trois heures.

Service de santé militaire. — Un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1887, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu :

A Paris, le 6 septembre ;
A Nancy, le 13 septembre ;
A Lyon, le 16 septembre ;
A Montpellier, le 20 septembre;
A Bordeaux, le 23 septembre.

Les candidats admis seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous :

Paris, Nancy, Montpellier, Lille, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Arras, Amiens, Rouen, Reims, Besançon, Dijon, Tours, Angers, Limoges, Clermont-Ferrand, Grenoble, Toulouse et Alger.

Les élèves du service de santé militaire, attachés à une ville ne possédant pas une Faculté de médecine, devront, après leur troisième année d'études, désigner la Faculté près de laquelle ils désireront achever leurs études et résider dans la ville où celle-ci est placée.

— Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, 151, rue de Grenelle-Saint-Germain, du 1er novembre au 31 août de chaque année. — Le jeudi, à neuf heures : Leçon; à dix heures : Consultation; ouvertes aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte.

La première leçon du deuxième semestre aura lieu le jeudi 28 avril 1887.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris

M. Bidot. Des procédés mixtes en anesthésie et en particulier de l'action combinée du chloroforme et de l'hypnotie. — M. Mourruau. Du traitement du trachome congénital par la cautérisation. — M. Fusier. Les prédestinés. Contribution à l'étude des maladies nerveuses et mentales. — M. Gaillard. Contribution à l'étude de la phlébite des veines ophthalmiques. — M Toussaint. De la dilatation permanente artificielle de l'utérus et de ses applications au traitement des affections de cet organe. — M. Dumont. De l'asys-

tolie à forme hépatique. — M. Zinovieff. Etude sur l'histologie pathologique du placenta abortif. — M. Testaz. De la paralysie douloureuse de la septième paire. — M. Boiffin. Des hernies adhérentes au sac. — M. Hallé. Uretérite et pyélite. — M. Lafosse Etude clinique de la céphalée neurasthénique. — M. Bouton. De la métrite chez les vierges.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 10 au samedi 16 avril 1887

Fièvre typhoïde 35. — Variole 15 — Rougeole 66 — Scarlatine 1. — Coqueluche 10. — Diphtérie, croup, 33. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 223. — Autres tuberculoses 32. — Tumeurs : Cancéreuses 60. — Autres ». — Méningite 36. — Congestion et hémorr. céréhr. 66. — Paralysie 2. — Ramollissement cérébral 4. — Maladies organiques du cœur 72. — Bronchite aiguë 34. — Bronchite chronique 59. — Broncho-pneumonie 38. — Pneumonie 98. — Gastro-entérite : Sein 26. — Biberon 34. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales ». — Débilité congénitale ». — Sénilité 24. — Suicides 14. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort »». — Causes inconnues ». — Total de la semaine : 1.267 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8° avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le traitement de l'eczéma par les eaux minérales de Saint-Gervais (Haute-Savoie), par M. le docteur L. Deligny, médecin inspecteur de ces eaux. — Paris, 1887.

Traitement de l'obésité et des troubles de la circulation (affaiblissement du cœur, compensation insuffisante dans les lésions valvulaires, cœur gras, troubles de la circulation pulmonaire, etc., par M. J. Œrtel, prof. à l'Université de Munich, traduit sur la 3e édition par M. le Dr R. Calmettes. — Bruxelles et Paris, 1886.

Impressions de campagne (1870-1871), par H. Beaunis, ancien médecin en chef de l'ambulance de la 1re division du 18e corps, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. — (Siège de Strasbourg, campagne de la Loire, campagne de l'Est). — Paris, Félix Alcan, 1887.

L'eau et les bactéries, spécialement les bactéries typhogènes, par M. le docteur J. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille. — Paris, G. Masson, 1887.

Les aliénés voyageurs, essai médico-psychologique, par le docteur Philippe Tissié, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Paris, Octave Doin, 1887.

(1887) *Annuaire médical et pharmaceutique de la France* du docteur Félix Roubaud, et *Almanach général de médecine et de pharmacie* de « l'Union médicale » (réunis). — 39e et 56e année. — Prix : 4 fr. — Cet ouvrage, entièrement refait avec les plus grands soins et à l'aide de documents officiels les plus récents, présentera désormais toute l'exactitude possible et pourra être consulté avec sécurité. — Administration, 21, rue de la Monnaie, à Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 18 30 AVRIL 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE

LE MÉTHYLAL, SES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, par le docteur GEORGES LEMOINE, agrégé, médecin-adjoint à l'Asile d'Armentières.

Il n'y a pas encore longtemps, c'était presque uniquement au règne végétal que la thérapeutique demandait des médicaments nouveaux. Depuis quelques années, elle les cherche surtout dans l'infinité des corps que prépare sans cesse la chimie organique. Cette voie est féconde, et pour en donner un seul exemple, la liste des médicaments antithermiques, qui autrefois se bornait à peu près à la quinine, devient tous les jours de plus en plus longue et s'enrichit chaque année d'un produit nouveau. Depuis 1883, les recherches expérimentales, faites dans la direction que j'indique, nous ont donné successivement la résorcine, la kaïrine, la thalline, l'antipyrine, l'antifébrine, etc., et il est probable qu'elles introduiront encore en thérapeutique d'autres substances du même genre. Les hypnotiques partagent avec les antithermiques les faveurs des physiologistes, et leur nombre s'accroît rapidement aussi. Les usages de l'acétophénone et de l'uréthane sont connus depuis peu, et déjà on emploie ces corps dans la pratique courante. Un nouveau produit, le *méthylal*, appartenant comme ces derniers à la famille des acétals, vient d'être indiqué comme possédant des propriétés analogues aux leurs. Les recherches que j'ai faites sur son action physiologique et ses usages thérapeutiques, et que je vais résumer brièvement, ne me permettent pas de supposer que son emploi puisse se généraliser, ni qu'il puisse prendre la place de ses devanciers.

Tandis que l'acétophénone, et surtout l'uréthane, sont déjà employés, comme l'est le chloral, pour amener le sommeil chez les malades, le méthylal n'a guère encore été expérimenté que sur les animaux. Les résultats obtenus sur eux par Personali, de Turin (1), puis par MM. Mairet et Combemale (2), m'ont engagé à rechercher sur l'homme son action hypnotique.

Le méthylal fut découvert en 1839 par Malaguti. C'est un cétal obtenu par l'action de la potasse sur le form-éthylal. Il est liquide, incolore, d'une densité de 0,85, et il bout à 42o. Plus volatil que l'éther, il s'évapore très rapidement et amène, si on le met en contact avec la peau ou avec une muqueuse, une vive sensation de fraîcheur. Peut-être serait-il possible d'obtenir, en le pulvérisant, la réfrigération et l'anesthésie locale plus rapidement qu'avec l'éther.

Il est très soluble dans l'eau, l'alcool et les huiles, et les expérimentateurs qui l'ont employé sur les animaux ont pu l'introduire dans l'économie par les trois voies stomacale, sous-cutanée et pulmonaire. Je l'ai donné à mes malades soit

(1) GIORNALE DELLA REAL ACADEMIA DI MEDICINA DI TORINO, juin 1886.

(2) Académie des sciences, séance du 24 janvier 1887.

FEUILLETON

EXAMEN DU PROJET DE LOI DU GOUVERNEMENT SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, étude par le docteur A. RIANT, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France

Suite.—Voir le numéro précédent.

TEXTE ET EXAMEN DU PROJET DE LOI

I.—*Les deux ordres de médecins : doctorat et officiat.*

L'article premier du projet de loi sur l'exercice de la médecine tranche une de ces questions capitales, qui ont figuré dans presque tous les ordres du jour de vos séances, dans les pétitions qui vous ont été adressées, dans le projet adopté par l'Association sur le rapport de Lunier, comme dans la proposition de loi de M. Chevandier. Cette question est celle-ci : La loi doit-elle maintenir deux ordres de médecins ?

Voici comment l'article premier du projet résout cette vieille difficulté :

ARTICLE PREMIER. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme d'officier de santé, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l' tat.

Le projet maintient deux ordres de médecins. Cette solution paraîtra peut-être à beaucoup d'entre vous en contradiction avec des idées, avec des espérances bien des fois mises en avant et dans la presse médicale, et dans les discussions sur les intérêts professionnels.

Nous estimons qu'il n'en a pas coûté peu aux auteurs du rapport au Comité consultatif d'hygiène, d'aller à l'encontre de tant de vœux et d'espérances. Ecoutez plutôt leurs déclarations, et les motifs qu'ils invoquent pour appuyer la solution à laquelle ils s'arrêtent, on peut le dire, sans enthousiasme, sans parti pris, mais comme contraints par une nécessité qui s'impose impérieusement, au moins pour l'heure présente.

Le rapport reconnaît qu'en admettant deux ordres de médecins, le projet « se trouve en contradiction avec les vœux présentés

en potion, soit en injections sous-cutanées. Cette dernière méthode m'a semblé préférable ; l'absorption du méthylal est très rapide et sa présence dans le tissu cellulaire ne détermine pas d'abcès.

En 1886, Personali (de Turin) essaya l'action du méthylal sur des grenouilles, des lapins et des chiens; il vit qu'elle était la même chez tous ces animaux et qu'elle se produisait rapidement, surtout s'il l'administrait en inhalations. Tous commencent par présenter une courte période d'excitation, puis s'endorment. Pendant leur sommeil, les mouvements respiratoires diminuent de fréquence, mais deviennent plus amples, la pression sanguine s'abaisse, les battements du cœur sont plus rapides et ne reprennent leur rythme normal qu'après le réveil. En même temps, la température descend. Du côté du système nerveux, on note la disparition des réflexes dès que la période initiale d'excitation est terminée et que le sommeil commence (Analyse du travail de Perronali par Ch. Eloy. UNION MÉDICALE, 1887, n° 9).

L'élimination du méthylal est rapide et par suite son action comme hypnotique est de courte durée. Cette circonstance présente l'avantage d'empêcher son accumulation dans l'économie et permet théoriquement son emploi à doses successives pendant un temps assez long.

Quel que soit l'animal en expérience, le sommeil se produit rapidement. La dose nécessaire du méthylal est variable selon l'espèce de l'animal, mais elle diminue à mesure qu'il est plus élevé dans l'échelle des êtres. En général, pour amener le sommeil, il suffit de 0,25 à 0,50 par kilogramme de l'animal. Personali a tué un pigeon avec une dose de 2 grammes ; par conséquent, le méthylal n'est toxique que si on en emploie une quantité relativement considérable.

Tout récemment, MM. Mairet et Combemale ont repris les expériences de Personali et sont arrivés à des résultats à peu près identiques aux siens. Ils ont noté en outre que l'élimination du méthylal se fait principalement par la voie pulmonaire, et qu'elle est si rapide que l'injection hypodermique n'est pas encore terminée que l'haleine de l'animal sent déjà le méthylal.

Mes premières recherches ont eu pour but de reconnaître quelle était l'action physiologique sur l'homme sain ; elles étaient indispensables pour me mettre en garde contre des accidents possibles et surtout pour me permettre de préciser approximativement la dose à employer quand je voudrais m'en servir comme hypnotique. Voici les résultats de ces expériences préliminaires : la première faite sur moi-même, la seconde sur un homme de 45 ans.

Je me fais deux injections sous-cutanées de méthylal à cinq minutes d'intervalle, une seringue de Pravaz pleine à chaque fois. L'injection produit une cuisson assez vive qui ne dure que quelques instants. Deux minutes après la première, j'ai dans la bouche le goût du méthylal qui rappelle celui de l'éther. Je n'éprouve pas de sensation générale spéciale, pas de tendance au sommeil.

Avant les injections, j'avais :

Pouls..................	78
Inspirations............	17
Température axillaire...	37.6

Deux minutes après la seconde injection, je note les différences suivantes :

Pouls..................	98
Inspirations............	20
Température axillaire...	37.4

Pas de sensation précordiale quelconque, pas de palpitations, pas de phénomènes nerveux. Le pouls, qui était très plein et un peu bondissant, est devenu mou et dépressible, avec une tendance au dicrotisme.

Trente minutes après, je trouve :

Pouls..................	84
Inspirations............	20
Température axillaire...	37.3

L'action du méthylal semble donc être de très courte durée et s'affaiblit au fur à mesure de son élimination. Cette dernière est rapide, car au bout d'un quart d'heure je ne ressentais plus le goût du méthylal que j'avais éprouvé dès le début. C'est principalement sur le cœur et sur le système vasculaire que ce médicament me paraît porter son action. Avec la dose relativement faible dont je me suis servi, je ne pouvais compter amener de la tendance au sommeil, mais j'ai obtenu une diminution de la tension vasculaire en même temps qu'une accélération des mouvements du cœur plus forte que je ne le supposais.

J'ai fait ensuite la même expérience sur un homme de

---

depuis soixante-dix ans, par la grande majorité du corps médical. »

Il a fallu céder à un intérêt qui domine tous les autres, celui des populations, celui des malades. Pour assurer partout le service des malades, il faut un personnel nombreux de médecins instruits, « à défaut duquel surgit un empirique, un sorcier, un conseiller dangereux... »

« Or, en France, le nombre total des médecins est en décroissance progressive... Celui des docteurs reste à peu près constant ; celui des officiers de santé diminue : c'est lui qui supporte la décroissance générale...

« Sur 36,097 communes existant en France, il en est 29,795 qui n'ont ni docteur ni officier de santé, soit les cinq sixièmes... Les soins médicaux font défaut sur de grandes étendues du territoire... Dans 2,000 communes, les officiers de santé assurent seuls le service médical...

« La répartition du corps médical est donc défectueuse. Mais nous devons reconnaître que ce n'est pas dans la loi sur l'exercice de la médecine que se trouve le remède. L'expérience n'a pas sanctionné l'opinion du législateur de l'an XI. »

Les officiers de santé avaient été institués par lui, dans le but d'assurer l'assistance médicale dans les campagnes. Ils y font aujourd'hui presque autant défaut que les docteurs en médecine, et, comme ceux-ci, ils affluent dans les villes où la clientèle est plus nombreuse et plus riche »...

« ... Le remède à une telle situation réside dans l'organisation des services d'assistance, dans le fonctionnement régulier et complet de l'administration sanitaire dans les départements. Nous ne pouvons que souhaiter la prompte adoption par les pouvoirs publics des projets présentés de divers côtés dans ce sens, notamment par le Comité consultatif d'hygiène... »

« Nous ne formulerons dans ce projet de loi aucune proposition pour remédier à cette mauvaise répartition. »

Il nous faut reconnaître que le projet ne se désintéresse pas aussi complètement qu'il en a l'air de cette répartition si défectueuse du corps médical.

Nous le comprenons aisément. C'est bien dans une loi sur l'exercice de la médecine, loi dans laquelle l'intérêt social est l'intérêt dominant, que la préoccupation des besoins de tant de communes doit entrer en considération. Si le rapport renvoie à d'autres temps

45 ans, couché à l'infirmerie de l'Asile, et présentant un petit train de fièvre due à une poussée tuberculeuse légère. Les résultats sont les mêmes que ceux que j'ai obtenus sur moi.

Avant l'emploi du méthylal :

Pouls	96
Inspirations	18
Température rectale	38.2

Le pouls est plein, bondissant ; l'artère radiale est un peu athéromateuse. Les battements du cœur sont forts et sont perçus très nettement à la palpation ; les inspirations sont régulières et profondes. A ce moment, j'obtiens avec le sphygmographe le tracé suivant :

Figure 1

J'injecte alors dans le tissu sous-cutané du bras deux seringues et demie de méthylal, sans laisser entre elles aucun intervalle de temps. Cinq minutes après, je constate les phénomènes suivants :

Pouls	122
Inspirations	23
Température rectale	37.9

Le tracé sphygmographique que j'obtiens alors diffère absolument du précédent, ainsi qu'on peut le voir. La tension vasculaire a subi un abaissement considérable, la ligne d'as-

Figure 2

cension a diminué de hauteur et s'est arrondie à son sommet ; l'ensemble du tracé est onduleux et rappelle celui d'une insuffisance mitrale.

La main, appliquée sur la région précordiale, montre que l'énergie du choc du cœur a considérablement diminué, en même temps que les battements se sont accélérés dans une proportion notable. Ici, comme dans mon observation, la température a légèrement baissé ; sans doute, on doit attribuer cet abaissement aux troubles survenus dans la circulation du sang.

Absence complète de phénomènes généraux. Disparition rapide des symptômes observés. Trois quarts d'heure après, le pouls et la respiration reprennent leur rythme antérieur.

J'ai essayé ensuite l'action du méthylal sur quatre aliénés présentant de l'excitation maniaque et qui jour et nuit étaient agités et presque entièrement privés de sommeil. Son action si remarquable et si rapide sur le cœur m'interdisant de m'en servir à dose élevée dans la crainte de produire des accidents, j'avoue que je n'avais pas une grande confiance en son emploi pour ramener le calme chez mes malades et que je n'ai pas par conséquent été surpris de mon insuccès. Ne pouvant que difficilement donner le méthylal en injections sous-cutanées à des malades excités, je le leur ai fait prendre en potions. Chaque potion contenait 3 grammes de méthylal et devait être prise en quatre fois, de demi-heure en demi-heure, de façon à éviter l'action dépressive qu'une forte dose n'aurait pas manqué d'exercer sur le cœur.

Les mêmes symptômes que précédemment du côté du cœur et du pouls s'observèrent chez ces agités, mais chez aucun il ne se produisit de tendance au calme ni au sommeil. Pendant six jours consécutifs, je les tins chaque soir sous l'effet du méthylal qu'ils prenaient de six heures à huit heures, espérant les calmer, sinon pour la durée de la nuit, du moins momentanément, mais ce fut en vain et leur agitation persista comme avant.

Je n'ai pas été surpris de ne pas obtenir l'action hypnotique chez l'homme avec une quantité de méthylal aussi faible, puisque je n'en donnais que 3 grammes, alors que Personali et Mairet en employaient pour endormir un lapin 0,25 par kilogramme de l'animal. En supposant qu'il agisse sur l'homme comme sur les rongeurs, j'aurais dû en donner 16 grammes pour amener le même résultat. Les troubles cardiaques survenus après l'injection de 2 grammes seulement m'interdisaient de dépasser cette dose de beaucoup avant que de nouvelles recherches expérimentales aient montré qu'il est possible de le faire impunément.

En résumé, les résultats que j'ai obtenus sur l'homme sont sensiblement les mêmes qu'avait donnés l'expérimentation sur

---

et à d'autres pouvoirs une étude complète de la question, le projet n'en montre pas moins la sollicitude dont ces communes sont l'objet de la part du législateur. C'est ainsi que d'après l'article 4 du projet, il est arrêté que :

Art. 4. — Les officiers de santé ont le droit d'exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire, sauf dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants (1).

Assurément, la restriction indiquée dans l'art. 4 au droit d'exercice de la médecine par les officiers de santé ne saurait avoir aucune raison d'être dans le diplôme même de l'officier de santé. Suffisant ici, pourquoi cesserait-il de l'être là ? Ce ne peut être, et ce n'est qu'au nom de l'intérêt social, et pour ne pas laisser sans secours médicaux de vastes étendues du territoire, que le projet impose aux officiers de santé, soumis depuis 1833, aux conditions nouvelles de scolarité, d'exercices pratiques, de stage et d'examens, une limitation qui vient remplacer l'incapacité géographique, justifiée autrefois par l'existence des jurys départementaux, supprimés depuis 1854. Aujourd'hui, la prescription limitative de l'art. 4 du projet n'apparaît plus que comme une concession faite à des intérêts d'ordre supérieur.

En somme, si le projet consacre, dans son article premier deux ordres de médecins, c'est que, dans la pensée des rapporteurs, la mesure doit avoir pour effet de remédier à la mauvaise répartition du corps médical.

Le résultat sera-t-il bien celui que l'on attend ?

Est-il possible de compter, pour mieux répartir les secours médicaux, sur un ordre de médecins, dont l'importance numérique va chaque jour en diminuant, — cela est péremptoirement démontré par les tableaux statistiques annexés au projet ?

Espère-t-on que les officiers de santé iront s'établir dans les campagnes ? Déjà, en 1848, M. de Salvandy avait reconnu que le nombre des docteurs en médecine diminuait moins dans les régions pauvres du territoire, que celui des officiers de santé. Les

(1) Une exception est faite pour les officiers de santé exerçant au jour de la promulgation de la loi, dans le département où ils sont domiciliés, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme (art. 28 du projet, qu'il y a lieu de rapprocher de l'art. 4).

les animaux, sauf cependant l'action hypnotique. Le phénomène le plus caractéristique produit par le méthylal est la diminution de la pression sanguine accompagnée de l'accélération des battements du cœur. Il serait intéressant de savoir comment s'exerce cette action et si le méthylal agit directement sur le cœur en excitant ou en paralysant tel ou tel nerf cardiaque, ou bien s'il n'atteint le cœur que secondairement en modifiant, par l'intermédiaire des vaso-moteurs, la circulation dans les capillaires. C'est là une question que la physiologie peut seule trancher et qui demande des expériences très délicates.

Le système de la respiration est également influencé. Mais, tandis que Personali avait trouvé que le nombre des inspirations diminuait quand un animal avait respiré du methylal, j'ai, au contraire, constaté qu'il était augmenté chez tous mes malades. Cette accélération des mouvements respiratoires est minime, il est vrai, et ne donne guère que quatre à six inspirations supplémentaires par minute, mais comme elle est constante, je tiens à la faire remarquer.

L'abaissement de la température était de deux à trois dixièmes dans les deux cas où je l'ai cherché; je suppose qu'il doit être mis sur le compte des modifications survenues dans la pression sanguine.

L'avenir du méthylal en tant qu'hypnotique me paraît assez limité, à cause des dangers que peut vraisemblablement présenter son emploi. Une dose faible de 3 grammes n'amène aucune tendance au sommeil, et une dose élevée risquerait sans doute de produire des troubles cérébro-cardiaques. D'autre part, étant très volatil, il est d'un maniement difficile, car on doit, pour empêcher son évaporation, préparer la potion au moment de la donner au malade. Pour ces raisons, il est probable que le méthylal ne parviendra jamais à supplanter le chloral malgré ses inconvénients, ni même les hypnotiques nouveaux, l'acétophénone et l'uréthane.

CHIRURGIE PRATIQUE

De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée, par Paul Thiéry, aide d'anatomie de la Faculté, interne à l'hôpital de la Pitié.

La chirurgie contemporaine ne compte plus les nombreux cas où la cocaïne a été employée avec succès; mais, parmi ces applications, il en est une qui, croyons-nous, n'a point été signalée: c'est celle qu'on en peut faire dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée.

C'est après avoir été témoin des premiers essais de M. Bazy, qui suppléait pendant ces dernières vacances M. Humbert dans son service de l'hôpital du Midi, que nous avons cherché à appliquer cette méthode à tous les cas que nous avons eu l'occasion de traiter, et c'est à son instigation que nous publions nos résultats. Nous acquittons faiblement une dette de gratitude en le remerciant de ses conseils et de la bienveillance avec laquelle il nous a permis de pratiquer plusieurs fois dans le service cette opération de chirurgie journalière.

On ne peut contester, ce nous semble, que l'injection iodée dans le traitement de l'hydrocèle, si fréquemment employée, soit un procédé douloureux dans la plupart des cas, bien que les chirurgiens n'aient point coutume de soumettre le malade à l'anesthésie générale pour cette opération. Sans doute il arrive qu'elle soit bien tolérée et que la douleur soit peu accusée, plus rarement passagère; mais elle est bien rarement nulle, pour ne pas dire jamais, et il nous souvient de nombreux malades opérés sous nos yeux dans les hôpitaux chez lesquels la douleur était vraiment intense et s'est accompagnée même de phénomènes généraux sérieux, état syncopal, sueurs, douleurs lombaires persistantes. Bien souvent, enfin, le malade refuse l'opération parce qu'il craint la douleur, et ne veut pas néanmoins se soumettre à l'administration du chloroforme.

C'était le cas du malade dont nous résumons ci-dessous l'observation et qui exprimait lui-même le désir qu'il avait d'être opéré sans être endormi et cependant sans souffrir. L'observation suivante prouve qu'il n'eut point à se repentir de sa longue attente:

Observation I. — M. G... (clientèle de M. Bazy) est porteur d'une hydrocèle double dont le début remonte à trois ans; il a vu plusieurs médecins qui lui ont déclaré que l'opération était douloureuse. « Confiant dans les progrès de la chirurgie, il a attendu que l'on trouvât un moyen de faire la cure de l'hydrocèle sans pratiquer l'anesthésie générale et sans provoquer aucune douleur ». La famille du malade assure d'ailleurs qu'il est excessivement craintif. L'opération est proposée et pratiquée le 13 septembre 1886.

---

choses n'ont pas changé depuis, comme le prouvent les chiffres et les renseignements fournis dans tous les rapports antérieurs, dans les statistiques et les cartes teintées annexées au projet actuel.

L'art. 4 modifiera-t-il ce courant? Obliger les officiers de santé à exercer dans des localités n'ayant pas plus de 10,000 habitants, est-ce donc les forcer à s'établir dans les communes qui auraient le plus pressant besoin de leurs soins?

Il reste encore aux officiers de santé, dans les prévisions de l'art. 4, une marge trop grande pour qu'il soit permis d'espérer que ces limitations assurent aux communes déshéritées le secours médical qui leur fait défaut.

Toutefois, il ne faudrait pas paraître grossir une difficulté que la loi ne pouvait résoudre, et que, heureusement, elle n'a pas besoin de résoudre? Les chiffres de la statistique, pour ne pas induire en erreur, veulent être expliqués. Quand le rapport indique que: « sur 36,097 communes, existant en France, il en est 29,795 qui n'ont ni docteur, ni officier de santé, soit les cinq sixièmes », il n'entend pas dire par là que ces 29,795 communes soient privées de secours médicaux; mais simplement qu'il n'y a ni docteur, ni officier de santé installé, domicilié dans ces communes, ce qui est fort différent. On conçoit qu'il y a nombre de communes d'une population beaucoup trop restreinte pour pouvoir assurer l'existence d'un médecin; ces communes sont-elles pour cela déshéritées de tout secours médical? Non, il y a soit dans une commune, soit dans une ville voisine, des médecins qui rayonnent sur ces différents points et y assurent les secours de l'art. La distinction était nécessaire à établir; elle réduit à ses proportions réelles — encore trop considérables, il est vrai, — le nombre des communes auxquelles ces secours font défaut; elle donne la mesure des besoins auxquels il reste à pourvoir.

Le rapport nous apprend qu'un autre ordre de considérations est venu encore fortifier les auteurs du projet dans l'adoption du principe qui consacre deux classes de médecins. « Supprimer les officiers de santé, ce serait fermer à toute une classe de la société la carrière de la médecine. »

Si touchant que soit ce point de vue, entre la société qui réclame des médecins, aussi nombreux et aussi instruits qu'on pourra les lui donner, et cette autre partie du corps social aspirant à fournir elle-même le corps médical, et naturellement portée à trouver que la préparation du médecin est trop longue et exige trop de sacri-

On injecte une seringue entière de solution de cocaïne au 1/10e à gauche, et deux dans l'hydrocèle droite, à huit heures du matin (l'hydrocèle droite étant notablement plus volumineuse).

A huit heures et demie, M. Bazy fait la ponction du côté gauche, suivie de l'injection iodée immédiatement après l'évacuation du liquide, 150 grammes environ; puis la ponction de l'hydrocèle droite, qui donne 200 gr. de liquide et est suivie de l'injection iodée (la solution iodée employée était au titre de 2/3).

Teinture d'iode........	120 grammes.
Eau....................	60 —
Iodure de potassium....	0 gr. 60

Le malade dit ressentir une douleur vague, peu accusée, qu'il ne saurait localiser; il cause et rit néanmoins avec nous, et il finit par avouer que cette douleur a été insignifiante. Revu le lendemain, il n'a pas souffert après notre départ.

Un certain nombre d'autres essais avaient déjà été tentés à l'hôpital du Midi et les résultats avaient été des plus satisfaisants. Sur les conseils de notre chef, nous avions pu à trois reprises différentes pratiquer l'injection iodée avec anesthésie locale. Joints à l'observation précédente, où l'hydrocèle était *double*, et à celle que nous plaçons à la fin de cette étude, les trois cas forment un total de six observations où le succès ne s'est pas démenti.

Les observations suivantes proviennent de l'hôpital du Midi, service de M. Humbert, suppléé par M. Bazy pendant les vacances.

Obs. II. — A..., 35 ans, salle 4, no 11 : Hydrocèle unilatérale gauche, volume moyen. M. Bazy veut bien nous laisser opérer ce malade, ainsi que les suivants. Le 24 août 1886, nous injectons à dix heures et demie une seringue de Pravaz de solution de cocaïne à 1/30.

A midi et demi, la ponction est pratiquée et suivie de l'injection iodée au 1/4. Le malade a déclaré n'avoir ressenti aucune douleur ni pendant, ni après l'injection iodée.

Obs. III. — M..., 27 ans, salle 3, nº 12 : Hydrocèle double, plus volumineuse à gauche. Le 20 août, nous injectons dans le côté droit une demi-seringue de Pravaz de la solution de cocaïne à 1/30, et à gauche une seringue entière. Pour des raisons diverses, nous ne pouvons faire la ponction, qui est remise au lendemain. L'hydrocèle du côté droit diminue sensiblement dans la soirée et a presque complètement disparu le lendemain (Nous publions plus loin deux observations analogues).

Le 24 août, injection à 11 heures 10 d'une seringue entière de solution de cocaïne au 1/30 dans l'hydrocèle gauche, restée volumineuse.

A midi et demi, ponction et injection de la solution iodo-iodurée :

Teinture d'iode.........	120 grammes.
Eau.....................	60 —
K. I....................	Q. S.

Le malade dit avoir ressenti de la pesanteur dans le testicule. Pas de douleur localisée.

Obs. IV. — R..., 30 ans, salle 3, no 15 : Hydrocèle volumineuse, distension des téguments. Le liquide remonte jusqu'au canal inguinal. Début il y a trois mois; orchite il y a cinq mois, guérie sans induration de l'épididyme.

Le 22 septembre, ponction qui évacue environ 200 gr. de liquide citrin. *Après la ponction simple*, on injecte une seringue et demie de solution de cocaïne à 1/20. L'injection iodée (solution au 2/3) est pratiquée trente-cinq minutes après l'injection de cocaïne. Très légère douleur (au dire du malade) qui persiste jusqu'au 23 au matin.

Le 24, la réaction commence. Le malade sort le 6 octobre.

Ainsi donc, sur ces cinq cas, cinq résultats favorables. Le malade qui fait le sujet de l'observation IV a seul ressenti une légère douleur dont on pourrait, à la vérité, ne pas tenir compte, car c'était plutôt une gêne lombaire qu'une douleur franche, analogue à celle qui se produit lorsque l'injection est pratiquée sans anesthésie locale préalable. Un autre fait doit également entrer en ligne de compte pour expliquer ce cas particulier : l'injection de cocaïne a été faite *après* la ponction; par conséquent la vaginale, primitivement distendue, avait pu se plisser et ne pas être en contact dans tous ses points avec l'agent anesthésique, circonstance évidemment défavorable au succès et qui ne peut se produire lorsque l'injection de cocaïne précède la ponction.

Deux points importants doivent être précisés : A quel titre doit être la solution de cocaïne employée; combien de temps doit-elle être laissée en contact avec les parois de la vaginale? Nous avons employé successivement des solutions de titres divers : 1/30e, 1/20e, 1/10e. Après s'être assuré que l'absorption par la vaginale n'était point suffisamment rapide pour créer un danger d'intoxication, M. Bazy s'est arrêté à la solution à 1/10e. Elle est évidemment préférable, puisque, sans

---

fices, il n'y a pas d'hésitation possible : on voit manifestement où est le véritable intérêt supérieur.

Par ce temps si fécond en découvertes scientifiques, la médecine est loin de prendre le chemin de devenir une science simple, facile à acquérir. Faudrait-il donc sacrifier l'intérêt des malades à celui des aspirants médecins?

Disons-le, messieurs, l'argument a, du reste, singulièrement perdu de sa valeur depuis 1847, époque où déjà l'on y pouvait répondre avec quelque raison que « le médecin est fait pour les malades, et non le malade pour le médecin. »

Est-ce que le niveau de la fortune publique ne s'est pas élevé dans une mesure qui permet à un plus grand nombre de vocations l'accès de la carrière médicale?

Est-ce que des bourses ne sont pas littéralement mises par l'Etat et les communes à la disposition de qui les mérite par ses aptitudes ou en est digne par sa position?

Est-ce qu'enfin le décret du 3 août 1883 n'a pas enlevé à l'officiat nombre des avantages dont il jouissait antérieurement? Est-ce que les frais qui lui sont imposés ne tendent pas beaucoup à se rapprocher de ceux que nécessite le doctorat?

Le rapport démontre, d'une manière péremptoire, qu'en raison des exigences du décret précité, le second ordre de médecins est devenu d'une capacité tout à fait rassurante. Néanmoins, on trouve dans le projet des dispositions telles que celles des articles 3 et 5 qui, pour contredire cette affirmation, n'en sont pas moins faciles à justifier.

Art. 3. — « Les officiers de santé sont soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales. »

Art. 5. — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens dans les hôpitaux et hospices, ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

Pourquoi ces restrictions?

C'est qu'on peut avoir assez de titres scientifiques pour mériter la confiance des malades, sans en présenter assez pour recevoir de l'Etat la mission supérieure d'enseigner, ou de porter la parole, comme expert, devant la justice du pays.

être plus dangereuse, elle doit produire un effet anesthésique plus considérable.

Quant à la quantité de solution à injecter, elle nous paraît devoir varier :

1° Avec le titre de la solution (nous adopterons le titre de 1/10e);

2° Avec le volume de l'hydrocèle;

3° Avec le titre de la solution iodée que l'on emploiera;

Le malade qui fait le sujet de l'observation I a reçu dans les bourses une totalité de 3 seringues de Pravaz de solution à 1/10e, soit 0 gr. 30 de cocaïne. On peut donc, ce nous semble, injecter, même pour une hydrocèle unilatérale volumineuse, jusqu'à 3 seringues de la solution à 1/10e; on aura alors une anesthésie certaine et parfaite. Pour les hydrocèles moyennes, on pourra se contenter d'injecter 2 seringues de la même solution, et, pour les petites, nous voyons, d'après nos observations, qu'une seringue a suffi pour prévenir la douleur.

On ne doit toutefois pas oublier que la solution sera diluée en raison directe du volume de l'hydrocèle, et en prévision de ce fait, pour ne pas encore ajouter au volume et à la tension de la tumeur, il vaudra mieux augmenter la concentration de la solution que le nombre des seringues injectées; c'est ainsi qu'on pourra employer la solution au 1/5e pour les hydrocèles très volumineuses où la tension du liquide, étant très considérable, se révèle par une saillie inguinale, par exemple.

L'injection faite, combien de temps la laissera-t-on en contact avec la vaginale avant d'intervenir?

Le pouvoir anesthésique de la cocaïne est passager, et on courrait à un échec si l'on croyait, par une attente prolongée, obtenir une insensibilité plus parfaite. L'observation suivante nous paraît démontrer clairement qu'il n'y a pas intérêt à reculer le moment de la ponction.

(A suivre)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. W. Ebstein. — La goutte, sa nature et son traitement. — Traduction française par le docteur E. Chambard, ancien interne des hôpitaux de Paris. Introduction de M. le professeur Charcot. — Un beau volume grand in-8° de 194 pages, avec 12 planches en chromo-lithographie. — J. Rothschild. Paris, 1887.

Le volume d'Ebstein sur la goutte est justement célèbre en Allemagne, où il est promptement devenu classique. Il a le grand mérite de sortir de la banalité des traités didactiques habituels et d'être écrit avec une idée directrice, aussi séduisante par sa simplicité que par les vues nouvelles qu'elle ouvre sur la nature du processus goutteux et des infiltrations uratiques. Ebstein a voulu surtout tracer une histoire physiologique de la goutte qui pût servir de base à son histoire clinique et relier entre eux des faits d'apparence souvent disparate. Si la clinique paraît sacrifiée au premier abord à la chimie et à l'anatomie pathologiques, on s'aperçoit bientôt, à l'attrayante lecture du Traité de la goutte, que ce que la partie clinique a perdu en longueur, elle l'a gagné en précision, et je ne sais personne qui songerait à en faire un reproche à l'auteur.

M. Chambard a mis son talent de traducteur au service d'une œuvre utile, et l'éditeur n'a rien épargné pour aider au succès matériel du livre qu'il a enrichi de planches magnifiques et édité avec un luxe aussi agréable que peu habituel.

II. R. Tripier et L. Bouveret. — La fièvre typhoïde traitée par les bains froids. — Un vol. in-12 avec 18 tracés thermométriques et 9 tracés sphygmographiques. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1886.

MM. R. Tripier et L. Bouveret sont des convaincus, et ils le sont au point de faire passer leur conviction dans l'esprit de leurs lecteurs, ce qui n'est pas chose facile, surtout quand on s'adresse aux lecteurs parisiens que les récentes discussions de l'Académie de médecine et de la Société médicale des hôpitaux ont quelque peu prévenus contre la méthode de Brand.

Leur livre est un plaidoyer sincère et habile; ils apportent des faits bien observés, une statistique excellente, et ils laissent sous entendre avec raison, qu'à Paris on a jugé leur méthode avec plus de parti pris et plus de vues théoriques que de résultats d'observations et d'expériences. En cela, je suis d'accord avec eux et je ne crains pas de le proclamer hautement.

Mais où je me permets de n'être pas de leur avis, c'est quand

---

On s'est efforcé, avec raison, de rapprocher de plus en plus les conditions du savoir médical chez les deux ordres de médecins, les docteurs et les officiers de santé; on ne les a pas mis, on ne les mettra pas, par cela seul, au même rang et au même niveau.

Entre les deux titres, la distance est plus grande que ne semble l'indiquer un examen, une thèse de médecine ou de chirurgie, en plus ou en moins. N'y eût-il plus, un jour, que cette seule différence sur le terrain des études médicales, entre le doctorat et l'officiat, il resterait encore à l'avantage du premier une condition qui le met hors pair, nous voulons dire ces études littéraires, ces humanités qui préparent singulièrement l'homme d'étude comme l'homme de conseil, donnent une supériorité éminente au savant comme au praticien, font l'écrivain de marque ou l'orateur éloquent qui, dans la chaire professorale, à la clinique ou au prétoire, ont été et seront toujours l'honneur de la profession médicale.

L'expérience prouve que personne ne sent mieux cette vérité que les officiers de santé eux-mêmes. Voilà, n'en doutez pas, messieurs, pourquoi le nombre des candidats à l'officiat diminue, tandis que le nombre des candidats au doctorat se maintient ou tend à s'accroître.

Nous assistons à une transformation qui se fait d'elle-même, — et il est bon qu'il en soit ainsi, pour que l'intérêt des populations n'en souffre pas.

Si, malgré beaucoup d'objections et de critiques plus ou moins fondées, le projet de loi maintient un second ordre de médecins, c'est, — le rapport l'affirme, — qu'il n'était ni raisonnable ni possible de supprimer actuellement l'officiat. Les auteurs du projet déclarent qu'ils ont été « effrayés des conséquences d'une mesure radicale. »

« La suppression du titre d'officier de santé aurait pour conséquence la disparition du quart des praticiens actuels, alors que ce nombre est déjà insuffisant. *Nous ne saurions prendre la responsabilité d'une mesure qui remplacerait fatalement un grand nombre de médecins honnêtes et utiles par des empiriques, des charlatans et des rebouteux.* »

Enfin, on n'a pas à supprimer, par mesure législative, une institution qui semble prête à se charger elle-même de la réforme à accomplir.

ils disent, avec une autorité sans réserve, que la méthode de Brand est supérieure à toute autre médication et mérite de prendre dans le traitement de la fièvre typhoïde une place tout à fait prépondérante.

Cet absolutisme me paraît aussi exagéré dans son sens que l'exclusivisme parisien l'a été dans le sien. Et je pourrais apporter à l'appui de mon dire des faits personnels assez nombreux. Aussi la vérité me paraît-elle résider entre ces deux extrêmes.

Toute complication nerveuse, tonte exagération d'un des symptômes nerveux de la fièvre typhoïde,réclame impérieusement le traitement de Brand; et comme le plus grand nombre des fièvres typhoïdes échappe rarement à l'une on l'antre de ces complications on de ces prédominances symptomatiques, on voit que je fais la part large à l'hydrothérapie; mais ce à quoi je me refuse, c'est à en faire une méthode absolue, fatale, s'appliquant indistinctement à tous les cas.

Nous avons fait, comme on le voit, un pas vers l'Ecole de Lyon, pour laquelle nous professons la plus sympathique estime. Ce pas, le livre de MM. Bouveret et Tripier l'accentuera encore; il nous encouragera à étendre encore les limites de la balnéothérapie, mais je ne crois pas qu'il nous entraîne à l'admettre comme méthode unique.

A coup sûr, c'est beaucoup d'avoir rompu la glace et ébranlé des partis pris. MM.Bouveret et Tripier peuvent revendiquer à juste titre une bonne part de ce succès : leur livre est écrit avec verve et méthode; il est agréable à lire, et je suis convaincu que chacun de ses lecteurs, séduit par la conviction des auteurs, emportera au moins le désir d'expérimenter une méthode thérapeutique qui a donné à nos collègues de Lyon des résultats aussi satisfaisants.

III. E. Rindfleisch. — Éléments de pathologie, traduits de l'allemand et annotés par le docteur J. Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, préface de H. Bernheim. Un volume in-8 de 395 pages. — J.-B. Baillière et fils, Paris, 1886.

Le nouveau livre du savant professeur de Wurzbourg est, à proprement parler, un essai de biologie pathologique générale. C'est l'œuvre d'un esprit synthétique qui a beaucoup vu, qui a catégorisé dans son esprit les résultats de son expérience de médecin et d'anatomo-pathologiste, et qui tente de traduire en lois générales les conceptions qu'il s'est formées sur l'essence même de la maladie. Tâche ardue et difficile entre toutes qu'il a réalisée, souvent avec succès, toujours avec talent.

Je n'essaierai pas d'en donner une idée même sommaire, car tout est à lire et échappe à l'analyse; mais ce qui donne au livre de Rindfleisch son cachet particulier d'originalité, c'est qu'il tente de trouver une classification naturelle de la maladie, et de donner à la *pathologie topographique* une base plus élevée qui lui permettrait, devant la multiplicité des formes particulières, de ne pas perdre de vue l'ensemble des lois générales.

La préface de M. Bernheim forme une magistrale introduction aux *Éléments de pathologie* que M. J. Schmitt a fort élégamment traduits et qu'il a enrichis de notes qui les complètent et les mettent au courant des travaux les plus récents.

Albert Robin.

REVUE DES THÈSES

Obstétrique

Suites de couches chez les syphilitiques, par le docteur Henri Combes. — Thèse de Paris, 1886.

Dans sa thèse, le docteur Sacreste avait signalé l'élévation de la température comme un accident fréquent chez les accouchées syphilitiques, en dehors de toute autre cause pyrétogène; des observations, au nombre de 24, servaient à appuyer cette conclusion. Le docteur Combes a repris cette question; il a analysé avec grand soin les observations fournies par le docteur Sacreste, en a recueilli un très grand nombre de nouvelles, environ 188, et, d'une critique précise de tous ces faits, il résulte clairement que rien n'autorise à admettre que la syphilis puisse, chez les nouvelles accouchées, provoquer un mouvement fébrile.

Les observations de M. Sacreste sont en effet incomplètes et peu probantes. L'existence de la syphilis, chez la plupart des malades, est seulement soupçonnée, mais non prouvée, et des lésions diverses rendent compte suffisamment des variations de température constatées.

Dans les observations de M. Combes, par contre, la syphilis est non douteuse, et l'on rencontre à peine 1 cas de fièvre

---

A quoi bon imposer à tous le doctorat, quand le nombre de ceux qui y aspirent augmente chaque jour? A quoi bon supprimer l'officiat, si, comme on le voit clairement, il est de moins en moins recherché?

C'est ainsi que se fera l'unification du titre, sans précipitation, sans violence; non plus par les prescriptions hâtives de la loi, mais par les progrès des idées, des mœurs, par les vœux, par les efforts de l'officiat lui-même.

Ne craignez pas que, pour reconnaître une nécessité de situation, pour ménager une indispensable transition, le projet enraye cette marche en avant. Déjà, la statistique le prouve, on se porte moins vers l'officiat; un grand nombre de candidats, qui, depuis les nouvelles exigences scolaires ne sont plus intéressés à se contenter d'un grade inférieur, se tournent vers le doctorat. Plusieurs, qui ont achevé des études faites en vue de l'officiat, se remettent vaillamment à l'œuvre pour obtenir le grade supérieur.

C'est une solution spontanée qui se prépare et qui va s'accomplir.

Messieurs, le jour n'est pas bien éloigné où, à force de se rapprocher, les deux degrés de la profession médicale finiront par se confondre, et où il n'y aura plus qu'un titre et qu'un diplôme, répondant au maximum de dignité et de savoir professionnel.

Mais à chaque jour son œuvre.

Ne pas briser un rouage encore nécessaire dans l'intérêt des populations : telle est l'œuvre qui a paru aux auteurs de la loi s'imposer à l'heure présente; l'article 1er répond à cette intention; il n'enchaîne pas l'avenir, et personne n'en oublie la tâche.

Assurer, par une législation plus complète et plus efficace, l'assistance médicale des campagnes sur tout le territoire; garantir par une subvention nécessaire l'existence matérielle du médecin sur tous les points où une population trop rare ou trop pauvre est hors d'état de rémunérer les soins médicaux, imiter les mesures adoptées à cet égard en Autriche, en Allemagne, en Suisse, en Espagne et surtout en Italie et en Angleterre, celles que notre loi consacre, et que l'expérience a prouvées si heureuses en Algérie; admettre enfin, dans une loi venant à son heure, l'unification des titres, alors résolue librement par la profession elle-même, et entrée dans les mœurs : voilà l'œuvre de demain. Nous en avons la certitude, le Comité consultatif d'hygiène et nos législateurs n'y failliront pas. (*A suivre*).

sur 94. La plupart des observations viennent du service de M. Porak à l'hôpital Saint-Louis.

Il faut rendre hommage à l'esprit vraiment scientifique de l'auteur et le remercier des documents du plus haut intérêt qu'il nous donne dans son travail.

Syphilis et grossesse. — Essai sur la syphilis post-conceptionnelle, par le docteur Louis Legrand. — Thèse de Paris, 1886.

La syphilis contractée par la mère pendant le cours de la grossesse est transmissible au fœtus dans la grande majorité des cas. L'agent pathogène, de nature parasitaire probablement, peut donc passer à travers le placenta. Cette syphilis paraîtrait plus grave que celle acquise avant la conception. Un enfant sur dix échapperait à la contagion.

Les observations de l'auteur ne lui permettent d'affirmer cette transmission que jusque dans le courant du huitième mois.

De l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les positions occipito-postérieures (durant le travail), par le docteur Baylin. — Thèse de Paris, 1886.

Après avoir expliqué la pathogénie de l'œdème : modifications dans la circulation utérine, afflux sanguin, compression mécanique, l'auteur aborde le diagnostic et le pronostic, le toucher, la vue, qui permettront de reconnaître, au niveau du bord inférieur de la symphyse, une masse charnue, d'un rouge foncé et même violacé, qui a quelquefois été confondu avec du tissu placentaire ; le diagnostic différentiel ne sera pas quelquefois sans offrir des difficultés.

Si l'œdème est léger, on se bornera à l'expectation ; dans les cas plus prononcés, on doit recourir à la manœuvre de West, c'est-à-dire essayer d'augmenter la flexion de la tête, ou à celle de Cazeaux, c'est-à-dire tenter de repousser la lèvre œdématiée jusqu'au niveau du cou ; enfin, si l'on échoue, on fera la rotation de la tête au moyen du doigt ou une application de forceps.

Incontinence d'urine sans fistule, consécutive a l'accouchement, par le docteur Marcel Béchaoergue-Lagrèze. — Thèse de Paris, 1886.

L'incontinence vraie succédant à l'accouchement est un phénomène assez rare en dehors des fistules urinaires.

Elle est due aux lésions de compression et de tiraillement subies par le col vésical et l'urèthre pris entre la tête et le pubis. Le nom de fonctionnelle ne convient pas toujours à cette variété d'incontinence ; certaines modifications de forme et de rapports des voies urinaires pouvant constituer de véritables lésions anatomiques. La guérison s'obtient le plus souvent sans traitement ; l'électrisation doit toujours être tentée avant le traitement chirurgical, sauf dans les cas de solution de continuité complète des voies urinaires.

Contribution a l'étude du pronostic et du traitement de la présentation de la face, par le docteur Charles Boisleux. — Thèse de Paris, 1886.

Thèse importante, renfermant des documents très instructifs. Voici les principales conclusions formulées par l'auteur :

Dans les présentations de la face avec accouchement spontané et à terme, le pronostic est favorable pour l'enfant ; la mortalité est à peine de 5 %. Le pronostic de la mère est favorable même dans les cas d'intervention. La réduction céphalique, par manœuvres externes, soit avant, soit pendant le travail, ne présente aucune utilité et peut être dangereuse.

La rotation manuelle est une opération inoffensive ; l'emploi du levier demande beaucoup de prudence. La rotation dans les présentations postérieures est la règle et la non rotation l'exception.

Considérations sur la phlegmatia alba dolens puerpérale, par le docteur Eugène Delpoate. — Th. de Paris, 1886.

L'auteur rapporte les diverses opinions qui ont été émises sur les origines de la maladie. Il insiste sur les différentes méthodes de traitement.

Marius Rey.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'association du chloral au bromure de potassium dans la dysménorrhée. — La dysménorrhée, caractérisée par la présence, pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours avant l'écoulement des menstrues, de douleurs qui ont pour siège le système utérin et retentissent d'une façon plus ou moins vive, plus ou moins fâcheuse vers d'autres appareils de l'organisme, est on ne peut plus fréquente.

Qu'elle reconnaisse pour cause une congestion utérine ou ovarique, qu'elle résulte de la torsion du col sur le corps ou de l'étroitesse du canal cervico-utérin ; qu'elle soit attribuable enfin à un mauvais état général peu propice à la mise en train du molimen hémorrhagique, les douleurs sont presque toujours les mêmes et la thérapeutique la plus variée arrive rarement à donner aux malades un peu de calme et de tranquillité.

Un de nos confrères, le docteur Dubois, a tenté dans ce but d'associer le chloral au bromure de potassium, dans des proportions relativement minimes, et il a été à même de constater que, avec des doses modérées variant entre 0.30 centigrammes et 2 gr. pour le chloral, et 0.40 centigrammes à 3 ou 4 grammes pour le bromure, on obtenait des effets sédatifs aussi marqués, sinon plus, qu'avec des doses élevées de chloral ou de bromure administrées séparément et qui s'élèvent ordinairement jusqu'à 8 et 10 grammes pour le premier et 10 à 12 pour le second.

Le Chloral bromuré Dubois, préparé suivant ces indications et sous forme de sirop agréable à boire et non irritant pour la gorge, constitue donc un agent thérapeutique bien précieux à tous les points de vue, puisque non seulement on arrive au même résultat avec des doses faibles, ce qui a une très grande importance physiologique, mais encore parce que ces deux agents se complètent thérapeutiquement, les effets du chloral sur l'économie étant très prompts mais très fugitifs, tandis que ceux du bromure sont plus lents mais plus durables.

Dernièrement, le docteur Martel a publié, dans le Journal de médecine de Paris, une courte étude dans laquelle il cherche à démontrer que l'union de ces deux médicaments n'est pas précisément correcte et que, d'ailleurs, sous la forme de potion, le chloral monte à la surface du liquide, tandis que la portion inférieure reste sursaturée de bromure.

Le Chloral bromuré Dubois est précisément préparé de telle sorte que l'on est absolument à l'abri d'une semblable séparation. Quant à ses effets physiologiques, ils sont incontestables, et dans la dysménorrhée, en particulier, cette préparation donne les résultats les plus nets au point de vue de la sédation des douleurs ; son action est rapide et puissante, malgré les doses relativement faibles de médicaments qu'elle fait intervenir ; aussi cette préparation mérite-t-elle d'être recommandée à tous égards.

BULLETIN

Clinique des maladies mentales.

M. le professeur Ball a repris ses cliniques le dimanche 17 avril et il a consacré sa première leçon à l'importante question : *Des troubles psychiques dans la paralysie générale.*

La paralysie générale, qui devient de nos jours de plus en plus fréquente, intéresse le médecin non seulement au point de vue médico-légal, mais encore au point de vue de l'hygiène préventive.

On l'a divisée en trois périodes : *prodomique, d'état et de décadence.* C'est en général par étapes successives que la maladie progresse.

Il n'est pas rare de voir le prédestiné sentir les approches de la maladie ; il ressent des malaises et des troubles étranges qui lui inspirent la crainte de devenir fou. C'est une période initiale précédant les premiers symptômes.

A ce moment, l'homme intelligent sent son intelligence lui échapper ; il s'étonne de ne plus pouvoir travailler comme autrefois. Ces symptômes, quoique très légers, ont une grande signification.

La mémoire est la faculté qui est attaquée la première. Tel individu oublie l'orthographe ; tel autre, bon écrivain jusqu'alors, n'est plus capable d'exprimer sa pensée d'une façon correcte. En somme, il y a une incapacité de travail, un affaiblissement intellectuel.

Cependant ces phénomènes peuvent être remplacés par une excitation cérébrale des plus intenses. L'irritabilité est extrême, le caractère est changé ; le malade se livre à des colères insensées, à propos de choses futiles. On voit apparaître une impossibilité de rester en place, un besoin de s'agiter.

Cette excitation peut aller plus loin, jusqu'aux confins du talent ou du génie ; cet homme, dont le cerveau va bientôt s'éteindre, brille d'un éclat surprenant. Mais cette exubérance n'est que trompeuse et pleine de dangers, puisque le plus souvent la paralysie générale, à cette période, est méconnue.

A côté de cette excitation se présentent certains phénomènes d'ordre physique, un sentiment de bien-être, de bonne santé, qui est la seule manifestation du délire, une excitation sexuelle, l'alcoolisme, etc.

Puis apparaît l'*insomnie*, et, dans un grand nombre de cas, l'hypochondrie et le délire lypémaniaque. Le malade voit la vie en noir ; il se croit entouré de persécuteurs, il a des hallucinations, etc. L'hypochondrie se rencontre dans près du quart des cas : le sujet est préoccupé de sa santé, dans le sens puéril.

Son délire n'est pas logique ; il se plaint de ne pouvoir respirer parce qu'on lui a retiré les poumons, par exemple. C'est en somme la petitesse d'esprit qui prédomine chez le paralytique général ; c'est déjà un faible d'esprit.

Le délire peut exister sous trois formes : délire avec *excitation*, avec *dépression*, avec *impulsion*. Ce délire avec impulsion est très fréquent : c'est la période médico-légale de la paralysie générale, pendant laquelle les malades peuvent commettre des crimes ou des vols ; en général, leurs vols sont stupides, leurs indélicatesses sont absurdes. L'impulsion génitale est fréquente, et il n'est pas rare de les voir commettre des attentats à la pudeur.

Les formes du délire sont nombreuses ; mais ce qui prédomine, c'est le délire des grandeurs. Le paralytique général n'a pas un délire orgueilleux, mais un délire ambitieux ; il est bon prince. S'il se dit le maître du monde, il accepte cependant d'aller balayer la chambre.

Dans cet état, il est porté à tout exagérer ; et, comme l'a dit spirituellement le professeur Ball, le paralytique général parle à l'état pathologique comme le Gascon à l'état normal. Vent-il parler d'un million, il parle d'un milliard. Malgré cette exagération de langage, il existe chez lui une sorte de bon sens ; il a en quelque sorte le sentiment de la réalité au milieu de son délire.

Le type classique de la paralysie générale peut être remplacé par des tendances dépressives. Le malade est triste, déprimé ; il voit partout des ennemis, se croit ruiné, s'accuse de crimes imaginaires.

Mais il est encore d'autres formes : c'est la simple nullité ; le sujet ne délire pas ; il n'a pas d'hallucinations. Il se fait seulement remarquer par un affaiblissement de mémoire, une incapacité intellectuelle ; il devient de plus en plus un enfant. On a décrit cette forme sous le nom de *paralysie générale sans aliénation.* C'est cet état auquel aboutissent les paralytiques généraux.

Après avoir montré des qualités brillantes, avoir eu différents délires, le paralytique général tombe dans une dépression complète ; il perd la mémoire, le jugement. La partie mentale, intelligente de l'individu disparaît ; il ne reste plus qu'un être paralysé réduit à un tube digestif. A. M.

Association des médecins de la Seine.

Cette Association a tenu dimanche dernier son assemblée annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Blanche, vice-président.

M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, chargé du compte rendu de l'exercice 1886, après avoir payé un légitime tribut de regrets à la mémoire de Béclard, président de l'Association, a fait connaître la situation prospère de l'œuvre.

Grâce à des dons et à des legs multiples, les recettes se sont élevées à la somme de 85,630 fr.

Le total des dépenses, y compris 32,750 fr. de secours distribués à six sociétaires et quarante-neuf veuves ou enfants de sociétaires, plus 3,175 fr. répartis entre vingt et une personnes étrangères à l'Association, a été de 39,500 fr.

Le fonds de réserve s'est ainsi enrichi de plus de 46,000 fr.

L'Association avait au commencement de l'exercice deux pensionnaires à 1,200 fr., qui sont morts, et dont la succession n'a pas encore été demandée. On ne peut que se féliciter de ce manque de candidats à la pension, qui implique l'absence de grandes infortunes parmi les médecins de la Seine.

Le nombre des membres de l'Association est resté stationnaire : 33 membres partis, 32 nouvellement admis. Chaque sociétaire a le devoir de faire de la propagande et de convaincre les indifférents, toujours en trop grand nombre.

Ont été élus : *président*, M. Brouardel ; *vice-présidents*, MM. Blanche et Guyon ; *trésorier*, M. Genouville. Les membres de la Commission administrative ont été, comme d'habitude, désignés par le sort.

F. de R.

NOTES & INFORMATIONS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Lundi dernier, une délégation des étudiants de Paris s'est rendue près du président du Conseil pour l'entretenir de la question des droits d'inscription. Les délégués des étudiants ont demandé qu'il fût sursis à la perception des droits d'inscription. M. Goblet a répondu qu'il n'était pas possible d'accorder le sursis demandé, parce que le rétablissement des droits d'inscription résultait de la loi de finances pour 1887, qui est en vigueur et qui doit être exécutée. Le président du Conseil a ajouté que la question ne pourrait être utilement examinée que pour le budget de 1889 et que les étudiants doivent s'adresser au ministre de l'instruction publique.

La délégation a reçu de l'Assemblée générale des étudiants pleins pouvoirs pour continuer ses démarches auprès de l'autorité compétente.

— CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS DE PARIS. — Le Conseil a résolu de faire une nouvelle démarche près du ministre de l'instruction publique au sujet des conditions à faire aux étudiants pour leur permettre de concilier leurs devoirs militaires et l'intérêt vital de leurs études. Il s'est ensuite occupé de la question du rétablissement des droits d'inscription. On a constaté que le nombre des inscriptions pour les Facultés de droit et de médecine est jusqu'à présent inférieur à ce qu'il était habituellement. Il n'y a eu, de plus, qu'une centaine de demandes de dispenses. Le Conseil ne doute pas cependant que les choses ne reprennent bientôt leur cours normal.

— SIXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE. — Ce Congrès doit se réunir à Vienne (Autriche) du 26 septembre au 2 octobre prochain. Le Comité d'organisation en a fait connaître le programme, reproduit dans le n° 4 (20 avril) de la REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE. Les questions qui seront traitées sont relatives à l'hygiène en général, à la police sanitaire, à la démographie et à la statistique médicale. Elles seront exposées soit dans des séances générales, sous forme de conférences, soit dans les séances des sections où elles seront discutées. Les travaux du Congrès seront réunis et publiés. Bon nombre de nos compatriotes sont déjà inscrits pour différentes communications.

ANTHROPOLOGIE DE LA FRANCE. — *Carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux.* — Nous avons reçu et nous nous faisons un devoir de reproduire l'appel suivant fait par notre excellent collègue, M. Topinard, à tous ceux qui s'intéressent aux sciences anthropologiques, plus particulièrement à l'anthropologie de notre pays.

Monsieur,

J'ai l'honneur de faire appel à votre bienveillant concours pour une œuvre scientifique et nationale que j'entreprends avec le patronage de l'Association française pour l'avancement des sciences.

L'un des *desiderata* de l'anthropologie française est la carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux par département, pour servir à la connaissance de la répartition de nos principales grandes races actuelles, sur le modèle de la carte de la taille que Broca a publiée en 1860-66. De semblables cartes existent dans la plupart des Etats de l'Europe, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, en Belgique. Là où elles n'existent pas, comme en Angleterre, en Russie, en Italie, elles sont en voie de préparation. Les Etats-Unis d'Amérique ont depuis longtemps leur statistique sur la couleur ; le gouvernement du Bengale l'organise en ce moment.

La France qui, il y a vingt-cinq ans, a entraîné toute l'Europe dans la voie de l'anthropologie, doit-elle aujourd'hui rester en arrière? On m'a désigné, à l'étranger précisément, comme le plus indiqué pour mener à bonne fin ce travail chez nous. Je réponds résolument en me mettant à l'œuvre, et compte sur l'assistance patriotique de tous.

Je m'adresserai à l'Administration le jour où j'aurai fourni la preuve que l'opération est facile. Aujourd'hui, je commence par voie d'initiative privée, convaincu que, grâce à vous, je réunirai promptement un nombre d'observations qui ne portera pas encore sur des millions, mais suffira largement pour établir une première carte démontrant la haute portée de ce travail.

Ce que je demande est simple, sans ennui pour les personnes observées et sera pour vous, j'en suis sûr, une véritable distraction. Il s'agit de remplir une feuille répondant à cent observations, en pointant d'un trait au crayon dans certaines colonnes. Une demi-minute suffit par sujet, mettons deux heures pour la feuille entière en supposant les sujets rassemblés.

Je ne veux d'observations que sur les adultes des deux sexes ; la loi de développement de la couleur suivant les âges enlève aux relevés sur les enfants une bonne partie de leur signification.

La méthode d'observation que j'ai instituée, et qui est déjà adoptée à l'étranger pour de grandes statistiques officielles, s'inspire de celle de Broca. Elle est d'une facilité plus grande encore et permet à tous, sans exception, de collaborer à l'œuvre commune.

Les personnes les plus particulièrement indiquées sont :

Les chefs de service et internes des hôpitaux et asiles de toutes sortes, sur leurs malades ;

Les médecins, sur leurs clients ;

Les chefs, contremaîtres, surveillants et médecins d'administrations ou usines, sur le personnel de leur établissement ;

Toute personne faisant partie d'un groupe quelconque : société, assemblée, cercle, dont les membres se prêteront volontiers à ce genre de recensement ;

Les médecins et officiers de l'armée et de la marine ;

Les instituteurs, non sur les enfants confiés à leurs soins, mais sur les adultes autour d'eux ;

Les employés, sur les personnes se présentant quotidiennement à leur bureau ;

Etc., etc.

Je vous serai obligé, Monsieur, dans le cas où votre réponse serait favorable, de vouloir bien me le faire savoir par carte postale à mon adresse, 105, rue de Rennes, Paris. J'aurai l'honneur de vous envoyer :

1° La feuille à remplir ;

2° Les modèles polychromes qui y sont joints ;

3° Les instructions détaillées nécessaires.

Vous pourrez vous mettre à l'œuvre de suite, lorsque vos loisirs ou les occasions vous le permettront.

Dans le cas même où vous ne pourriez m'assister directement, je vous prierai de vouloir bien communiquer autour de vous ma demande aux personnes qui vous paraîtront dans les

conditions voulues et disposées à s'associer à cette œuvre d'intérêt scientifique général.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de ma haute gratitude.

Dr Paul Topinard,
Professeur à l'École d'anthropologie,
ancien Secrétaire général de la Société d'anthropologie,
Directeur de la Revue d'anthropologie.

— Exposition d'hygiène de l'enfance.— L'Exposition d'hygiène de l'enfance, qui s'ouvrira le 15 juin, au pavillon de la ville de Paris, sous la présidence d'honneur de MM. Lockroy et Mesureur, et la présidence effective du docteur Chassaing, s'annonce comme devant être un succès.

Elle constitue d'ailleurs, en notre pays, une utile innovation, et nous sommes persuadés que, pour la propagande de toutes les importantes questions d'hygiène infantile, elle viendra combler une lacune laissée par l'enseignement de la parole et du livre.

Les personnes qui désirent participer à cette Exposition, et prendre connaissance de ses statuts, sont priées de s'adresser sans retard à M. Engamarre, secrétaire de l'Exposition, 27, rue Condorcet.

La place étant restreinte, il importe aux intéressés d'être agréés le plus tôt possible par le jury d'admission.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Des concours seront ouverts aux dates suivantes devant la Faculté de médecine de Paris, pour deux emplois de suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, savoir :

1o Le 7 novembre 1887, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ;

2o Le 15 novembre 1887, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

— Les étudiants de la Faculté de médecine de Paris qui sont en instance pour obtenir la dispense des droits d'inscription recevront réponse vers le 8 mai prochain. Ils prendront leur inscription du 11 au 14 mai prochain inclusivement.

Faculté de médecine de Montpellier.—La Faculté de médecine de Montpellier vient de présenter en première ligne M. Kiener, médecin principal à l'hôpital militaire, pour la chaire d'anatomie pathologique et d'histologie laissée vacante par la mort de M. Estor. M. Kiener n'est pas agrégé. La Faculté de Montpellier, en lui accordant ses suffrages et en faisant ainsi passer l'intérêt général de l'enseignement avant toute autre considération, a donné un excellent exemple.

— Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Faculté de médecine de Nancy. — MM. Rémy et Simon, agrégés, sont appelés à l'exercice à partir du 16 avril 1887.

Faculté de médecine de Lille.—M. Demon, agrégé, est maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887 dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

École de médecine de Clermont. — Un congé est accordé sur sa demande, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, à M. Blatin, professeur de physiologie.

M. Pojolat, suppléant, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie.

École du Val-de-Grâce. — Par décision ministérielle, en date du 23 avril 1887, M. Poncet, médecin principal de 1re classe, professeur à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été désigné pour occuper l'emploi de sous-directeur à cet établissement.

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la création de deux nouveaux services de chirurgie, à Beaujon et à Saint-Louis, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie :

M. Duplay passe à Beaujon ; M. Lucas-Championnière prend, à titre définitif, le service provisoire de Saint-Louis; M. Berger passe à Lariboisière; MM. Peyrot et Blum passent à Tenon ; M. Reclus passe à Bicêtre, et M. Felizet à l'hospice d'Ivry.

— Aux termes d'un arrêté récent de M. le préfet de la Seine, le mandat des médecins-inspecteurs des écoles primaires et des écoles maternelles de la ville de Paris et des arrondissements de Sceaux et Saint-Denis est prorogé jusqu'au 1er octobre 1887.

Société française d'ophthalmologie. — La Société française d'ophthalmologie se réunira, à Paris, le 2 mai, à neuf heures du matin, au Palais des Sociétés savantes, 16, rue des Poitevins.

La veille, une réunion amicale aura lieu à l'hôtel Continental, rue de Castiglione, à neuf heures. — Le banquet de la Société aura lieu mardi soir.

Les orateurs sont priés de remettre sur le bureau en prenant la parole, un résumé très succinct de leur communication pour le compte rendu analytique des séances.

Les mémoires (*in extenso*) devront être remis avant le 1er mai, terme de rigueur, au Secrétaire général de la Société.

Banquet de l'internat. — Le samedi 16 avril a eu lieu au Grand-Hôtel le banquet annuel des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris, sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Plusieurs discours ont été prononcés par MM. Hardy, Ball, Pamard et Dupré. M. Després a protesté contre l'introduction des femmes dans le corps de l'internat, et ses paroles ont été saluées par d'unanimes applaudissements.

L'Association des anciens internes a reçu cette année un grand nombre d'adhésions nouvelles ; nous espérons que le comité voudra bien s'occuper d'une façon plus active des intérêts de l'association qui jusqu'à présent ont été fort négligés.

Souscription pour un buste du professeur Jules Béclard destiné à être placé sur sa tombe, à côté de celui de son père, P. Augustin Béclard.

Les amis et les élèves de M. le professeur J. Béclard, désirant perpétuer son souvenir par un hommage public et durable, ont eu la pensée de lui élever un buste, à côté de celui de son père, sur le monument funéraire qui les réunit. Dans ce but, ils ont constitué un Comité d'initiative composé de : MM. Laborde, chef des travaux physiologiques et du laboratoire de M. Béclard ; Galippe, ancien élève du laboratoire ; Mathias-Duval, professeur à la Faculté ; Brouardel, professeur à la Faculté et assesseur du doyen ; Lannelongue, professeur à la Faculté ; Caventou, trésorier à l'Académie de médecine ; Blanche, membre de l'Académie de médecine ; G. Masson, libraire-éditeur ; Pupin, secrétaire de la Faculté. Les souscriptions sont reçues par MM. Laborde, 15, rue de l'École-de-Médecine ; Mathias-Duval, au laboratoire de l'École d'anthropologie ; Caventou, à l'Académie de médecine ; Pupin, au secrétariat de la Faculté ; Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

— M. le docteur Dareste a commencé les conférences d'embryogénie normale et tératologique le mardi 19 avril, à 4 heures, et les

continuera les samedis et mardis suivants, dans le laboratoire de tératologie de l'École pratique (Bâtiments du Musée Dupuytren).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 17 AU SAMEDI 23 AVRIL 1887

Fièvre typhoïde 27.—Variole 10.—Rougeole 71.— Scarlatine 8. — Coqueluche 12.— Diphtérie, croup, 48 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 210.— Autres tuberculoses 34. — Tumeurs : Cancéreuses 38. — Autres 8. — Méningite 46. — Congestion et hémorr. cérébr. 42. — Paralysie 9. — Ramollissement cérébral 5. — Maladies organiques du cœur 56.—Bronchite aiguë 31. — Bronchite chronique 49. — Broncho-pneumonie 37. — Pneumonie 109.— Gastro-entérite : Sein 19. — Biberon 29. — Autres 14.— Fièvre et périt. puerpérales 4.— Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 15. — Sénilité 39. — Suicides 17. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 203. — Causes inconnues 9.— Total de la semaine : 1.209 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière par J.-M. Charcot, membre de l'Institut, recueillies et publiées par MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette, tome III, 2e fascicule. — Paris, aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL, et librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

La pédagogie, son évolution et son histoire, par C. Issaurat. — Paris, C. Reinwald, 1886.

GUIDE ROSENWALD. —*Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique*. — Première partie : Classement par ordre alphabétique des noms des médecins et pharmaciens de France et des colonies. — Deuxième partie : Classement des médecins et pharmaciens de Paris par quartiers, des départements et colonies par cantons, avec le chiffre de la population pour chaque division.

Signalons l'apparition d'un Annuaire médical envisagé à un point de vue tout nouveau et devant rendre grand service aux praticiens en les aidant à fixer, lors de leur installation, le choix d'une résidence. Le « Guide Rosenwald » donne, en effet, très exactement, pour Paris, la France et les colonies, le chiffre de la population par quartier ou canton, avec le nombre de médecins et pharmaciens correspondant. De précieuses indications résultent donc de ce travail. Une liste générale alphabétique de tous les médecins et pharmaciens complète l'ouvrage.

Précis d'anthropologie, par Abel Hovelacque, professeur à l'École d'anthropologie et Georges Hervé, docteur en médecine, professeur adjoint à l'École d'anthropologie, avec 20 figures intercalées dans le texte. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

L'espace semi-lunaire, par M. le docteur Ed. Rondot, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.—Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, É. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

DE L'EMPLOI DE LA COCAÏNE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR L'INJECTION IODÉE, par PAUL THIÉRY, aide d'anatomie de la Faculté, interne à l'hôpital de la Pitié.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

OBS. VI. — Fal. Clément, 45 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle 4, no 16, service de M. Humbert, suppléé par M. Bazy.

Hydrocèle double, volumineuse, datant de trois ans : début à droite quinze jours après une blennorrhagie ; huit mois après, l'hydrocèle apparaît à gauche.

Pas de douleurs, pas de traitement antérieur ; en somme, hydrocele double non symptomatique.

Le 15 septembre, à 9 heures 55, nous faisons une injection de cocaïne au 1/20e : une seringue de Pravaz à droite, deux seringues à gauche, l'hydrocèle de ce côté étant plus volumineuse.

A 10 heures 55, une heure après l'injection de cocaïne, M. Bazy pratique la ponction à gauche et on retire 450 grammes de liquide citrin. Il fait une première injection iodée au titre de :

Teinture d'iode........	1 partie.
Solution iodurée........	4 —

Le malade ressent un peu de douleur au niveau du canal inguinal : on évacue le liquide iodé et on fait une nouvelle injection avec la solution iodée forte :

Teinture d'iode.......	120 grammes.
Eau..................	60 —
Ki....................	0 gr. 60

Douleurs vives ; le malade est pâle, anxieux ; la face se couvre de sueur.

Pensant que l'intervalle de temps écoulé entre l'injection de cocaïne et l'injection iodée était trop considérable, M. Bazy fait une nouvelle injection de cocaïne (une seringue) dans l'hydrocèle droite à 11 heures 7 minutes.

La ponction de ce côté évacue 300 grammes de liquide. Faite à 11 heures 1/2, elle est suivie de l'injection iodée qui *ne provoque aucune douleur*.

Le malade sort le 18 en pleine réaction ; il exige sa sortie.

Ce fait nous paraît probant : les deux hydrocèles avaient reçu la même quantité de solution de cocaïne ; mais la ponction, dans le cas de l'hydrocèle gauche, n'avait pas suivi d'assez près l'injection de cocaïne : l'effet anesthésique avait disparu. C'est donc entre 20 et 40 minutes qu'il paraît atteindre son maximum.

Cette observation porte au nombre de six celui des succès obtenus.

Il y a un an environ, M. Bazy injecte dans une hydrocèle de moyen volume une seringue de Pravaz de solution de cocaïne au 1/10e et pratique l'injection iodée cinq minutes plus tard ; le malade se plaint de douleurs extrêmement vives.

Nous n'hésiterons donc pas, après ces deux observations, à conseiller le terme moyen d'une demi-heure qui a été si favorable dans plusieurs cas, et bien que l'une de nos observations prouve qu'au bout d'une heure l'anesthésie *peut* encore

FEUILLETON

EXAMEN DU PROJET DE LOI DU GOUVERNEMENT SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, étude par le docteur A. RIANT, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France

Suite. — Voir les numéros 17 et 18.

II. — *Médecins reçus à l'étranger.*

ART. 2. — Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine, en France, qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées par les règlements en vigueur dans les Facultés françaises.

Des dispenses pourront être accordées conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur la totalité des épreuves.

L'article 4 de la loi du 12 ventôse an XI est ainsi formulé :

« Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradé dans les Universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République. »

Le sentiment qui avait dicté cet article 4, infiniment plus large que l'article 2 du projet actuellement soumis à votre examen, est clairement indiqué dans ces quelques paroles de Fourcroy :

« On sent, disait-il, que si des hommes comme Boerhaave et Van Swieten, illustres dans le monde entier, venaient s'établir en France, il serait aussi ridicule que superflu d'exiger d'eux des examens qu'ils auraient le droit de faire subir aux autres. »

L'expérience a appris que ce ne sont ni les Boerhaave ni les Van Swieten qui viennent s'établir en France. Trop longtemps la mesure dictée par cette illusion n'a profité qu'à des étrangers moins épris du culte de la science que de l'espoir de gagner de l'argent avec les malades que cet article trop bénévole de la loi de ventôse leur livrait, sans la garantie légale de ces examens dont nos médecins français n'étaient nullement exemptés, quand il leur arrivait de se présenter dans des conditions analogues, en pays étranger.

Aucune raison ne peut conduire à traiter plus favorablement les étrangers venant exercer en France, que les médecins français ne le sont à l'étranger ou en France.

exister, il n'en faut pas conclure néanmoins qu'elle *doive* longtemps persister, sans quoi l'on risquerait de s'exposer à une fâcheuse méprise envers le malade qui ne s'est soumis à l'opération que sur la promesse d'une insensibilité assurée.

Nous avons voulu traiter un peu longuement cette question de l'intervalle de temps qui doit suivre l'injection de la cocaïne, car c'est un élément important dans l'histoire de cet anesthésique local et éminemment variable avec la région sur laquelle on opère; nous nous souvenons de nombreux insuccès, même après une application prolongée, dans le cas de phimosis ou d'extirpation de végétations balano-préputiales.

Il ne nous reste plus qu'une considération à envisager : c'est celle qui a rapport à la concentration de la solution iodée. Les chirurgiens tendent de plus en plus à admettre dans leur pratique les solutions fortes au 2/3 et même la teinture d'iode pure; il est bien évident que plus la solution sera concentrée, plus l'effet douloureux sera considérable et par suite la solution de cocaïne devra être d'autant plus concentrée que la solution iodée le sera elle-même.

Nous n'avons point vu survenir d'accidents après cette pratique et ces accidents ne peuvent guère se produire : l'intoxication étant peu probable, puisque la quantité de cocaïne injectée varie de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 au maximum, les complications ordinaires des injections étant évitées par une antisepsie convenable.

Nous voulons cependant insister sur un fait que nous avons vu se reproduire à trois reprises différentes et qui n'a pas laissé que de nous intriguer beaucoup au moment des essais de ce traitement. Nous voulons parler de la diminution considérable et rapide de l'hydrocèle après l'injection de cocaïne, avant même que la ponction ne fût pratiquée, ce qui rend, il faut bien l'avouer, la ponction par le trocart plus délicate et plus périlleuse pour le testicule.

Nous résumons ici trois observations où nous avons constaté ce résultat inattendu :

Obs. A. — (Voir la première partie de l'observation III.)

Obs. B. — S..., 24 ans, salle 3, n° 8. Hydrocèle simple, de volume moyen, siégeant à droite, datant de six mois. M. Humbert injecte deux seringues de Pravaz de solution de cocaïne à 1/20. Au moment de faire la ponction (un quart d'heure plus tard), la diminution était telle que l'on dût remettre à plus tard l'injection iodée.

Obs. C. — T..., 24 ans, salle 3, n° 15. Hydrocèle volumineuse avec saillie inguinale contenant de 250 à 300 grammes de liquide. Début, il y a quatre mois, à la suite d'une rechute. Transparence parfaite, élasticité caractéristique.

Le 13 novembre, on injecte deux seringues de Pravaz de solution de cocaïne au 20e à 9 heures 1/2. A 10 heures 10, au moment de faire la ponction, le volume de l'hydrocèle a diminué de moitié. On laisse le malade au repos sans faire la ponction et l'injection iodée. Les bourses restent souples. Le testicule est facilement perceptible; l'épididyme est légèrement induré. Le malade sort le 20 novembre : il reste un peu de liquide dans la vaginale.

Nous avons cru tout d'abord que la cocaïne pouvait avoir quelque action sur la résorption du liquide, mais la rapidité de cette disparition et une légère boule d'œdème souscutané au niveau de la racine de la verge observée par M. Humbert dans l'un des cas précédents nous firent rechercher l'explication du phénomène dans une action mécanique.

Un malade qui s'offrit à nous nous permit de vérifier le fait; nous fîmes une injection de deux seringues de Pravaz d'eau stérilisée dans l'hydrocèle dont il était porteur; une heure après, les bourses s'étaient notablement affaissées.

L'explication est donc facile. L'injection d'un liquide *quelconque* augmentant la tension de la sérosité épanchée, la vaginale se distend et avec elle l'orifice, si petit qu'il soit, laissé par l'aiguille de la seringue; le liquide fuse par cet orifice et se répand dans les bourses où il se résorbe rapidement; c'est donc une véritable ponction sous-cutanée de l'hydrocèle qui pourrait dans certains cas amener la guérison et qui en tout cas est tout à fait bénigne.

Mais, quoi qu'il en soit, nous en pouvons tirer un enseignement, c'est que l'on doit éviter de trop distendre la vaginale par l'apport d'une nouvelle quantité de liquide (on en avait injecté deux seringues dans deux cas où le fait s'est produit); il vaudra donc mieux injecter une solution concentrée, ou même évacuer avec la seringue de Pravaz une petite quantité du liquide de l'hydrocèle pour le remplacer par une quantité égale ou moindre de solution de cocaïne.

Nous pouvons dès maintenant conclure :

1° Que la cocaïne est applicable à l'anesthésie locale de la

Le droit, la règle, c'est, d'après l'article 2 du projet du gouvernement, un traitement égal pour tous; pour tous, la condition d'avoir subi les épreuves prescrites par les règlements.

Cependant, si par exception, un médecin reçu à l'étranger était amené à choisir la France pour y exercer la médecine, l'article 2 décide que « des dispenses *pourront* être accordées, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique, et qu'en aucun cas ces dispenses ne pourront porter sur la totalité des épreuves. »

Ainsi, la faveur était la règle dans la loi de ventôse; dans le projet, elle reste l'exception. Les dispenses seront toujours facultatives, elles ne devront être accordées que conformément à un règlement délibéré en Conseil d'instruction publique, mesure qu'il ne faudra pas différer de prendre, sous peine de consacrer l'arbitraire administratif sous le couvert d'une garantie apparente.

Les dispenses ne pourront porter sur la totalité des épreuves, les médecins reçus à l'étranger et à qui ces dispenses auront été accordées, resteront donc astreints, d'un côté, à fournir des preuves de capacité, et d'un autre côté, à payer une part au moins des frais que les médecins reçus en France ont dû acquitter en totalité.

Vous remarquerez, messieurs, que cet article donne satisfaction aux vœux de l'Association générale, en réprimant les abus que vous aviez signalés et auxquels le projet Lunier opposait des mesures analogues.

III. — *Dentistes et sages-femmes.*

DENTISTES.

Art. 6. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré dans les conditions stipulées aux articles 1 ou 2 de la présente loi.

Toutefois, le droit d'exercer cette profession est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste âgé de plus de trente ans et justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

tunique vaginale, principalement dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée. Elle est d'une innocuité absolue. Elle est également applicable dans le traitement de l'hydrocèle par d'autres agents douloureux, le chlorure de zinc, par exemple.

2o On doit employer la solution à 1/5e ou à 1|10e, suivant le volume de l'hydrocèle et la concentration de la solution iodée employée, la proportion de cocaïne à injecter variant de 10 à 30 centigrammes pour une hydrocèle unilatérale.

3o L'injection de cocaïne doit être faite avec une aiguille de faible calibre et laissée en contact avec la vaginale pendant une demi-heure environ avant que l'on pratique la ponction et l'injection iodée.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Accouchement normal. — Huit injections vaginales avec solution de sublimé a 1/2000 pendant les suites de couches. — Mort. — Observation recueillie par M. Berthon, ancien interne à la Maternité.

La nommée X..., primipare, entrée à la Maternité pendant le troisième trimestre de l'année 1886, y est accouchée spontanément, à dix heures du soir, d'un enfant vivant à terme, ayant le sommet en O I G A. La délivrance se fit normalement un quart d'heure après l'accouchement.

Celui-ci avait eu lieu d'ailleurs selon les conditions habituelles. Le col utérin avait été légèrement déchiré, mais la vulve et le vagin s'étaient trouvés profondément contus ; il en résulta la production ultérieure d'eschares larges qui devinrent très apparentes dès le deuxième jour après l'accouchement.

Suivant l'usage constant observé à la Maternité, on fit à X..., au début du travail, une injection de la solution de sublimé à 1/2000 (1) et de rechef, immédiatement après la délivrance, une injection intra-utérine avec la même solution. Celle-ci fut également employée pour la toilette des organes génitaux.

Le premier jour après l'accouchement, traitement habituel, c'est-à-dire trois injections vaginales et trois lavages vulvaires avec le sublimé à 1/2000. Deux garde-robes en diarrhée pendant la journée.

X... a des eschares pour l'élimination desquelles on fait deux injections vaginales pendant la nuit suivante.

Dès le matin du deuxième jour, l'accouchée accusait de l'agacement dentaire et on pouvait constater la présence d'un liseré au niveau des dents inférieures. Pendant la nuit, d'ailleurs, elle avait eu plusieurs selles diarrhéiques fétides. Ces constatations déterminent à supprimer immédiatement l'emploi du sublimé. Il est juste cependant de faire remarquer qu'à six heures du matin et avant la visite, selon l'usage, une dernière injection vaginale au sublimé fut faite à X..., comme à toutes les autres femmes de la salle.

La température et le pouls étaient d'ailleurs absolument normaux.

Traitement. — Chlorate de potasse en pastilles et en potion. Lavement laudanisé X gouttes. Les injections seront faites avec l'eau boriquée au 3|100.

La diarrhée persiste cependant et pendant la journée il y a plusieurs garde-robes excessivement fétides. L'aspect général n'est point mauvais Les lochies sont sanguinolentes et peu abondantes. Le soir, T. 37o2.

Le troisième jour au matin, la malade nous apprend que la nuit a été très mauvaise. La diarrhée continue incoercible, la salivation est tout d'un coup devenue excessivement abondante ; les ulcérations des gencives ont beaucoup gagné en étendue depuis la veille; la langue est sale, le facies plombé et infiltré. T. 37o. L'urine contient une notable quantité d'albumine.

Traitement. — Potion au chlorate de potasse, potions de

(1) La solution mère est titrée de la façon suivante :

Sublimé corrosif.......	1 gramme
Chlorure de sodium.....	1 —
Eau	1 litre
Fuchsine...............	Q. S. ad color.

Elle est employée constamment dédoublée avec de l'eau plus ou moins chaude, selon les circonstances.

Les injections sont pratiquées au moyen d'un récipient de verre, dont la contenance est de 1 litre 1|2 environ, mis en communication avec la canule en verre qui sert à la fois pour les injections vaginales et pour les injections utérines au moyen d'un tube en caoutchouc.

La loi de ventôse n'avait pris aucune disposition relativement à l'exercice de l'art dentaire. Les auteurs de cette loi assimilaient-ils les opérations sur la bouche aux opérations exécutées sur les autres parties du corps ? L'article 1er était-il applicable à l'exercice de l'art dentaire ? En un mot, les dentistes devaient-ils être munis du diplôme de docteur ou du diplôme d'officier de santé ?

La Cour de cassation n'a jamais admis qu'il en dût être ainsi. Un arrêt du 15 mai 1846, qui forma jurisprudence, décidait que l'exercice de l'art dentaire n'était soumis à aucune garantie légale de capacité. Cet arrêt se fondait précisément sur le silence de la loi de ventôse, qui, après avoir supprimé les dispositions légales régissant la profession de dentiste, ne leur avait rien substitué.

Plus prévoyante, la proposition de loi Salvandy exigeait, en 1847, des brevets spéciaux pour l'exercice de la profession de dentiste (comme pour la profession de sage-femme).

Depuis cette époque, l'art dentaire a pris de très grands développements : il comprend des opérations nombreuses, quelques-unes graves, et pour lesquelles l'anesthésie est réclamée par les patients, ou commandée par les souffrances que ces opérations entraînent.

Il est devenu impossible de laisser pratiquer et ces opérations et l'anesthésie par des personnes sans garanties légales de capacité. Un enseignement spécial est nécessaire pour ceux qui se destinent à cette profession, dont l'intérêt des malades exige que l'exercice soit réglementé.

L'enseignement libre pourvoit aux besoins de cette instruction spéciale, en attendant que le projet de loi sur l'exercice de l'art dentaire, adopté le 18 juin 1882 par la Faculté de médecine de Paris, sur le rapport de M. le professeur Le Fort, ait reçu la sanction des pouvoirs publics ; en attendant que l'enseignement officiel soit créé, fonctionne et délivre des diplômes.

Jusque-là, la prescription de l'article 6 du projet ne pourra s'exécuter ; mais nous espérons que l'on ne différera pas longtemps une mesure dont la nécessité est surabondamment démontrée.

Dans tous les cas, la loi ne saurait avoir d'effet rétroactif : les situations acquises seront maintenues avec certaines conditions d'ordre nécessaires, indiquées dans l'article que nous étudions; mais il mentionne formellement que le droit de pratiquer l'anesthésie reste interdit aux dentistes non diplômés.

Tood. Lavage de la cavité buccale avec la solution boriquée. Alimentation : lait.

Soir. T. 37°2. Plusieurs selles diarrhéiques et sanguinolentes pendant la journée. Lavement laudanisé (X gouttes). En outre de l'albumine, l'examen des urines révèle la présence du mercure au moyen de la pile étain, mica, or.

Le quatrième jour, même état. La diarrhée reste toujours fétide et sanguinolente; elle est cependant un peu moins abondante. Les ulcérations des gencives gagnent singulièrement en étendue et en profondeur. La face interne des joues jusqu'à l'arrière-gorge est envahie par un exsudat pultacé. La salivation est excessive; elle blanchit l'or. L'état général se conserve cependant relativement bon, et la malade prend avec son lait quelques aliments pendant la journée.

Le cinquième jour, même état légèrement atténué.

Le sixième jour, la diarrhée a repris. L'œdème de la face s'est étendu. Les membres inférieurs sont empâtés. Précipité très abondant d'albumine dans les urines. La malade prend du lait et des potions de Tood, mais la salivation est telle qu'elle rejette en grande partie ce qu'elle a absorbé.

Traitement. — Chlorate de potasse en potion et en gargarisme.

Le septième jour, tous les symptômes vont croissant. L'aspect cachectique se prononce. La malade continue à aller beaucoup en diarrhée. La salivation est moins abondante, mais il y a intolérance presque complète de l'estomac.

Le neuvième jour, l'état s'est encore aggravé. L'estomac ne veut plus rien garder. D'autre part, la diarrhée persiste; les matières sont d'ailleurs évacuées involontairement. Une sonde est introduite dans les narines pour tâcher de nourrir artificiellement la malade, qui succomba à midi.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain et donna les résultats suivants :

Le cadavre est bouffi; les muqueuses sont pâles, violacées. Les téguments ont une teinte plombée.

La cavité buccale est littéralement plaquée de fausses membranes grisâtres, peu épaisses, qui tapissent l'arrière-gorge jusque vers le fond du pharynx; la face interne des joues en est exactement recouverte. Un liséré très net et large de 3 millimètres environ se remarque au niveau des dents supérieures. A la mâchoire inférieure, les dents sont presque entièrement déchaussées, tant les ulcérations sont profondes.

La langue est tuméfiée, mais non ulcérée. Les dents inférieures ont laissé à son niveau leur empreinte.

L'œsophage ne présente rien de particulier; dans l'estomac il n'existe ni ulcérations, ni fausses membranes; on observe seulement quelques arborisations vasculaires au niveau de la grande et de la petite courbure. Quelques ecchymoses sous-muqueuses lenticulaires, très discrètes d'ailleurs, sur le trajet de l'intestin grêle.

A mesure qu'on se rapproche de l'S iliaque, ces ecchymoses, encore peu nombreuses sur la partie ascendante et transversale du gros intestin, deviennent de plus en plus confluentes. En plusieurs points de l'S iliaque et du rectum, au-dessus de ces foyers hémorrhagiques interstitiels, se trouvent de petites érosions ulcéreuses de la muqueuse, sans qu'il y ait nulle part de perforation de la paroi. Au niveau de l'ampoule rectale, la teinte générale de la muqueuse est ardoisée; les lésions (ulcérations et hémorrhagies sous-muqueuses punctiformes), y sont à leur maximum.

Il n'existe point trace de péritonite. Le vagin est normal; l'utérus parfaitement revenu sur lui-même; le col utérin, de coloration grisâtre, n'est point déchiré. Dans la cavité du corps se trouvent quelques caillots grisâtres, adhérents à la muqueuse.

Les reins sont gros (200 D : 210 G.), blanc-grisâtres, mous, anémiés et décolorés.

Le foie est volumineux, gris (1490 gr.). La rate, ardoisée, est diffluente.

Nous n'avons d'ailleurs trouvé rien de particulier à signaler dans l'examen des viscères thoraciques, non plus que dans l'aspect extérieur et dans la structure de la masse encéphalique.

HYDROLOGIE

DU RÉGIME DIÉTÉTIQUE QUI DOIT ÊTRE SUIVI PENDANT L'ADMINISTRATION DES EAUX DE CARLSBAD, par M. le docteur EDGAR GANS (de Carlsbad).

Les règles diététiques de Carlsbad, qui avaient été établies par l'empirisme de plusieurs siècles, viennent d'être modifiées

SAGES-FEMMES.

ART. 7. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine ou École de plein exercice ou une École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

ART. 8. — Les sages-femmes ne peuvent employer les instruments, dans les cas d'accouchements laborieux, sans être assistées d'un docteur en médecine.

Elles ne peuvent ordonner de médicaments avant l'arrivée du médecin, que pour parer à des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie. Elles sont autorisées à pratiquer des vaccinations et revaccinations.

ART. 9. — Les sages-femmes de première classe exercent leur profession sur tout le territoire de la République.

Les sages-femmes de deuxième classe exercent leur profession dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement, et dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants.

Les articles 7 et 9 contiennent des dispositions relatives à l'exercice par les sages-femmes de première et deuxième classe.

On remarquera l'extension donnée à la faculté d'exercer accordée aux sages-femmes de deuxième classe, par analogie avec la mesure prise pour les officiers de santé.

L'article 8, en interdisant formellement aux sages-femmes, pour les accouchements laborieux, d'employer les instruments sans l'assistance d'un docteur et de prescrire des médicaments, sauf dans les cas graves, avant l'arrivée du médecin, ne laisse plus aucune place aux controverses qu'avait amenées la législation de ventôse.

Ces limites imposées aux sages-femmes sont de rigueur. Tout fait d'exercice de la médecine, qui ne rentre pas dans ce cadre strictement tracé, est qualifié, dans l'article 15 de cette même loi, d'exercice illégal et puni comme tel.

Il faut rapprocher de ces trois articles : 7, 8 et 9, les dispositions de l'article 28 du même projet, concernant les sages-femmes en exercice au moment de la promulgation de la présente loi (voir article 28).

dans ces derniers temps, depuis qu'on a commencé à comprendre qu'elles doivent varier non seulement suivant les sources qu'on emploie, mais aussi — et principalement — suivant les maladies et les malades qu'on traite. Le régime qui convient à la plupart des malades qui séjournent à Carlsbad est le suivant (1) :

1° *Aliments complètement défendus* comme difficiles à digérer : Aliments gras, comme beurre, graisse de porc et d'oie, farinages, sauces grasses, lard, graisse de jambon, ainsi que la viande et le poisson gras, homard avec ou sans mayonnaise, saumon, anguille fumée, saucisson, fromage, pâté de foie gras, rôti de porc et d'oie, langue de bœuf froide, épices fortes, comme poivre et paprica, oignons, ail, cannelle, vanille. Les acides, en particulier le vinaigre, et par conséquent toute salade acide, comme celles de concombre et de pommes de terre, doivent être évités, à cause de la composition chimique des eaux de Carlsbad. Il faut y ajouter : l'huile à manger, les aliments flatuenx, comme les fruits cossus, les choux, le pain noir, les vins blancs (à l'exception de ceux de la Moselle), les liqueurs, le punch, le grog et le champagne, les fruits crus et la glace ;

2° Il est permis de manger en *petite quantité* : des pommes de terre, de préférence en purée, des pâtisseries maigres, des légumes sucrés, de la compote sucrée et du sucre ;

3° *L'alimentation usuelle* se compose de viande de bœuf, d'agneau, de veau, gibier, volaille (excepté l'oie), jambon maigre, rôtie ou grillée. La viande de pot-au-feu n'est permise qu'aux malades âgés, n'ayant plus de dents, et qui sont habitués à la manger. Le bouillon de viande doit être rayé de la carte d'un tiers des malades de Carlsbad ; en tout cas, il ne doit être permis que débarrassé de toute sa graisse. Font encore partie de l'alimentation appropriée la truite, le brochet, la sole, les huîtres, les harengs bien désalés, les légumes verts, la compote, en particulier l'américaine, qui est moins sucrée. Les œufs sont souvent mal supportés ; dans certains cas, il est préférable de les manger durs. Jambon, roastbeef, veau et poulet froids. Pain blanc et biscuits, café au lait, café noir, thé, cacao. Vins rouges (Bordeaux, Vœslaner, Süd-Fivoler), vin de la Moselle, bière de Pilsen, eaux minérales carboratées, en particulier « Giesshübler ».

(1) Dans les stations françaises, les médecins se désintéressent généralement un peu trop du régime diététique des malades ; il n'en est pas ainsi à l'étranger, et le travail que nous publions montre le luxe des détails dans lesquels entrent parfois les médecins de certaines stations. (*Note de la rédaction*).

D'après ce qui précède, on peut formuler un modèle de menu de la manière suivante :

Déjeuner, une heure après le dernier verre : une ou deux tasses de café au lait, thé ou cacao, deux ou trois pains blancs ou biscuits. Beefsteak, roastbeef, viande froide, œufs.

Dîner (déjeuner français) de trois à six heures après le premier repas : une assiette de soupe, du poisson, un ou deux plats de viande, avec des légumes verts et de la compote, pâtisseries légères, un ou deux petits pains blancs, du vin jusqu'à une demie bouteille, une petite tasse de café noir.

Goûter, entre le repas précédent et le souper (dîner français) : une ou deux tasses de café au lait avec un ou deux petits pains blancs.

Souper (dîner français), au plus tard à huit heures : un plat de viande avec légumes, compote, viande froide, œufs, thé, un ou deux verres de bière de Pilsen.

Quantité des aliments : doit être mesurée suivant la maladie et l'état du malade.

Mouvement : subordonné aussi aux conditions particulières. Les malades faibles doivent boire les eaux dans leur lit. En général, il faut un peu d'exercice (dans la chambre, si le temps est mauvais) pendant et une heure après l'administration de l'eau, ainsi qu'une heure avant le second déjeûner, et de là jusqu'au dîner. Le repos doit être recommandé immédiatement après le second déjeûner à la plupart des malades.

Sommeil après le second déjeuner : doit être permis aux gens affaiblis et nerveux qui y sont habitnés. Souvent on est obligé de le prescrire. On doit le défendre aux individus apoplectiques et congestionnés.

Lever de bonne heure pendant la bonne saison ; mais, comme dans le cas précédent, le contraire peut trouver son indication.

Fumer : Si la maladie l'exige, on doit le défendre complètement. On ne doit permettre que trois ou quatre cigarettes après le déjeuner, après le second repas et entre le goûter et le dîner.

Travail intellectuel : ne doit pas aller jusqu'à la fatigue.

Cure secondaire : doit être conseillée à chaque malade et

IV. — *Enregistrement des diplômes. — Listes des médecins.*

Art. 10. — « Les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes qui veulent exercer la médecine dans les limites tracées à leur profession respective par les articles précédents, sont tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Ceux qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis un certain temps, désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale dans les limites fixées par les articles précédents, doivent également faire enregistrer leur diplôme dans les mêmes conditions qu'au paragraphe précédent. »

Art. 11. — « Des listes des docteurs en médecine, officiers de santé, dentistes autorisés par disposition transitoire, stipulée au au dernier paragraphe de l'article 7, et sages-femmes, dont les diplômes ont été enregistrés à fin d'exercice, sont établies chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire. Des copies certifiées de ces listes sont transmises aux Ministres de la justice, du commerce et de l'industrie, et de l'instruction publique, dans le dernier mois de chaque année.

» Il est dressé chaque année, par les soins du Ministre du commerce et de l'industrie, une statistique du personnel médical en France et aux colonies. »

Les deux mesures prescrites par ces deux articles 10 et 11, c'est-à-dire : 1° L'enregistrement des diplômes ; 2° l'établissement de listes officielles des médecins légalement admis à exercer, constituent deux formalités indispensables : pour la sécurité des malades d'une part, et de l'autre pour la dignité professionnelle.

Le public est ainsi mis à même de s'informer si celui à qui il va confier sa santé et sa vie est possesseur du titre émanant de l'autorité scientifique compétente ; le médecin place son nom sur la liste d'honorables confrères ; enfin l'autorité est immédiatement renseignée sur la question de savoir si le prévenu d'exercice illégal a un titre, un titre valable pour la localité où il exerce, s'il a droit au titre dont il se prévaut, etc.

Plus précis que les articles correspondants de la loi de ventôse, les deux articles 10 et 11 du projet ont encore un autre mérite. La loi de ventôse avait bien prescrit, elle aussi, l'enregistrement des diplômes ; mais elle n'avait point assuré le respect de cette disposition par une sanction réelle. De là, tant d'abus que nous voyons

consiste dans la continuation du régime précédent et du séjour dans un air pur.

En dehors de Carlsbad on prend ordinairement les eaux des sources Mühlbrunn, Schlossbrunn et Marktbrunn que l'on fait employer indifféremment. Seulement, dans les cas d'irritabilité des muqueuses, Schlossbrunn est préférable. Une bouteille contient quatre verres de 210 grammes. L'eau doit être chauffée (de préférence avec l'appareil de Lehmann) et administrée à jeun, par entiers ou demi-verres que l'on doit boire lentement. Entre deux ou deux demi-verres, on doit faire de l'exercice pendant quinze ou trente minutes. En cas de nécessité, on peut distribuer la quantité à boire dans toute la journée, excepté les heures qui suivent les principaux repas. On doit préférer la bonne saison, quoiqu'il n'y ait pas de saison qui, en cas de nécessité, puisse s'opposer à ce que les les eaux de Carlsbad produisent leurs effets salutaires.

La température et la quantité de l'eau se mesurent suivant des circonstances inhérentes à chaque cas particulier. En général, 2 à 4 verres à 50° c. sont bien supportés. Il faut en moyenne :

Hautes températures (50°-60° c.) pour : 1. Constitutions vigoureuses; 2. Age moyen; 3. Calculs de toutes sortes; 4. Hypertrophie du foie; 5. Goutte; 6. Polysarcie; 7. Diarrhée.

Basses températures (38° c.) pour : 1. Constitutions faibles et nerveuses; 2. Vieillards et enfants; 3. Toutes les maladies dites de Carlsbad, quand elles sont accompagnées d'un état d'irritation; 4. Ulcère rond d'estomac; 5. Constipation; 6. Etats congestifs; 7. Grossesse et menstruation.

Doses fortes (4 verres) pour : 1. Constitutions vigoureuses; 2. Age moyen; 3. Calculs de toutes sortes; 4. Hypertrophie du foie; 5. Goutte; 6. Obésité; 7. Constipation.

Petites doses (1/2-2 verres) pour : 1. Constitutions faibles et nerveuses; 2. Vieillards et enfants; 3. Toutes les maladies dites de Carlsbad quand elles sont accompagnées d'un état d'irritation; 4. Ulcère rond; 5. Dilatation de l'estomac; 6. Dyspepsie; 7. Diarrhée; 8. Etats congestifs; 9. Grossesse et menstruation; 10. Personnes alitées, ainsi que toutes celles qui ne peuvent se livrer à un exercice suffisant.

Pour toutes les maladies qui n'ont pas été mentionnées, la température et la quantité de l'eau minérale dépendent, ainsi que nous l'avons déjà dit, des indications que présente chaque cas particulier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS.

Cas de grossesse prolongée, constatée par l'autopsie du fœtus, par le docteur Nauez Rossié.

Ce cas est particulièrement intéressant, car il s'appuie sur une autopsie. Une primipare, qui avait eu un seul rapport sexuel, accoucha 317 jours après ce rapport. Le travail dura deux jours et dut être terminé par le forceps : le nouveau-né pesait 5,300 grammes et mesurait 54 centimètres de longueur. Les diamètres de la tête mesuraient : le diam. maximum, 144 millim.; l'occip.-ment., 134 millim.; l'occip.-front., 137; le bip. 102; le bitemp., 92.

L'enfant, né asphyxié, fut ranimé, mais succomba après quelques heures. Sur la peau, on ne voyait aucun enduit sébacé, mais un commencement de desquamation épidermique. Les ongles dépassaient la pulpe des doigts de plusieurs millimètres et l'ossification était plus avancée que d'ordinaire. A l'extrémité supérieure de l'épiphyse de l'humérus, on voyait un point d'ossification qui, selon les anatomistes, entre autres Sappey, ne se rencontre habituellement que vers le troisième ou quatrième mois de la vie extra-utérine. L'ensemble de ces faits prouve avec certitude la prolongation de la grossesse.

L'ovulation durant la grossesse.

Le docteur Christopher, en faisant des vivisections, a observé sur une chatte qui portait quatre petits, des saillies de différentes grosseurs sur l'ovule, qu'on pouvait prendre tout d'abord pour des corps jaunes. Le microscope démontra qu'elles étaient constituées par des vésicules de Graaf en état de maturité et contenant un ovule bien développé. De ce fait, on peut rapprocher l'observation de Slavjansky, qui trouva sur l'ovaire gauche d'une femme morte par rupture de la trompe dans le cas d'une grossesse tubaire, un follicule mûr et plusieurs autres arrivés à des degrés divers de développement. La fonction ovarique semble donc pouvoir se continuer pendant le cours de la grossesse, mais on ne peut affirmer que cela soit un fait absolument constant et régulier.

---

se produire sous l'empire d'une législation qui conseille au lieu d'ordonner; de là tant de personnes exerçant sans titre, sous un titre faux, pratiquant ailleurs que là où elles pratiqueraient légalement, et cela bien longtemps avant que l'on découvre l'infraction commise, plus longtemps encore avant qu'elle soit punie.

La sanction de l'article 10 du projet se trouve dans l'article 22 :

Art. 22. — « Quiconque exerce la médecine sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés par l'article 10 de la présente loi, est puni d'une amende de 100 à 500 francs. »

V. — *Autorisations exceptionnelles et temporaires d'exercer la médecine.*

Art. 12. — « Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine, sans être tenus de subir d'examens spéciaux, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable. »

Cet article concilie les nécessités de la pratique avec les exigences de la sécurité des malades; on ne verra plus poursuivre pour exercice illégal des personnes suffisamment qualifiées pour remplir des mandats exceptionnels, temporaires et formellement concédés.

Les deux hypothèses prévues sont les épidémies, ou bien la nécessité où se trouve un médecin de se faire remplacer. Le temps de guerre exige aussi des exceptions pour les auxiliaires médicaux dont il nécessite le concours. L'autorisation administrative est alors remplacée par la réquisition exercée par l'autorité militaire.

VI. — *Prescription en matière d'honoraires.*

Art. 13. — « L'action des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans. »

Il faut rapprocher de cet article 13 l'article 30 du même projet.

Ovarosalpingectomie pour métrorrhagies graves, par le professeur Chiara.

Le 18 décembre dernier, le professeur Chiara pratiqua, à l'Institut gynécologique de Florence, une ovarosalpingectomie chez une femme de 23 ans. Cette femme, mariée, était atteinte d'anémie grave, conséquence de méthrorrhagies abondantes, et d'une forme spéciale de folie par crainte des époques menstruelles qu'elle redoutait, car l'époque des règles devait lui être fatale. Dans ces conditions, la vie devenant impossible, l'opération fut pratiquée. Elle eut un succès complet : au bout de neuf jours, la malade quittait son lit, et le 3 janvier elle sortait de la clinique. Les règles en janvier et février n'ont pas reparu et les phénomènes nerveux n'ont plus été observés.

(*Annali di Ostetricia*, mars, 1887.) M. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse, par le docteur E. Demange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. — Félix Alcan, éditeur. Paris, 1886.

Chargé de la clinique des maladies des vieillards à la Faculté de Nancy, le docteur Demange a étudié les différents organes des vieillards et leurs lésions produites par l'âge avancé.

Pendant tout le cours de son existence, depuis le moment de la fécondation jusqu'à la mort naturelle, l'homme subit dans ses organes et ses fonctions des transformations successives qui, par degrés, le conduisent de la vie intra-utérine à l'enfance, à l'adolescence, à la virilité et enfin à la vieillesse. L'être organisé, au point de vue de son évolution, passe par trois phases : la première, phase d'accroissement, pendant laquelle se forment et se développent les organes et les fonctions; la seconde, phase d'état, pendant laquelle l'individu, complètement constitué, jouit de la plénitude de ses fonctions; enfin, la troisième, phase de déclin, dans laquelle les systèmes organiques subissent des modifications régressives et atrophiques qui amènent l'usure des organes, le ralentissement des fonctions, et, par une destruction lente et nécessaire, conduisent insensiblement l'individu au terme de sa carrière. Avec la vieillesse commence la période de décadence; le mouvement de dénutrition l'emporte sur celui de nutrition; les fonctions perdent de leur activité; les instruments organiques, usée par un exercice prolongé, ne se réparent qu'incomplètement : les forces physiques et morales diminuent. « La vie use le corps, dit Longet, et c'est ainsi que la mort survient, non passivement, comme une borne à la vie, mais nécessairement, activement, comme le résultat de la vie elle-même. »

La vie d'une cellule organique montre en petit l'image de ce qui se passe dans l'organisme tout entier.

L'élément noble, la cellule, s'atrophie d'abord, puis subit la dégénérescence granuleuse et granulo-graisseuse qui est sa fin. La trame conjonctive s'épaissit par un travail de sclérose qui contribue encore dans une certaine mesure à l'étouffement, à l'atrophie des élémente dont elle est le support. Enfin, les petits vaisseaux artériels sont atteints d'une lésion caractérisée anatomiquement par l'endopériartérite, et qui a pour résultat immédiat le rétrécissement du calibre du vaisseau et par suite une gêne dans la circulation à laquelle il est destiné.

En somme, l'atrophie cellulaire, les dégénérescences, la sclérose, l'endopériartérite des petits vaisseaux, et parfois l'atrophie et la dégénérescence des capillaires, telles sont les lésions anatomiques de la sénilité.

On a cherché à expliquer ces modifications dans la structure des organes; elles résulteraient uniquement de cette propriété inhérente à la cellule, en vertu de laquelle elle se développe, vit et meurt en subissant les phases de l'évolution et de l'involution. Les éléments anatomiques meurent donc et se renouvellent sans cesse dans l'intimité des tissus. Mais pour que ce renouvellement ait lieu, il faut que les conditions de nutrition soient remplies. Or elles le sont tant que la circulation est intacte. Lorsque la circulation sera mal assurée, la cellule dégénèrera, ne se reproduira plus et mourra.

Qu'arrive-t-il dans la vieillesse? L'athérome envahit les vaisseaux, les capillaires s'atrophient et deviennent graisseux, la nutrition de l'organe est compromise et les éléments s'atrophient; la dénutrition survient, l'involution rétrograde est en pleine activité.

En même temps que l'atrophie et la dégénérescence des éléments nobles, on voit apparaître la sclérose, c'est-à-dire l'hy-

Art. 30. — « Sont et demeurent abrogés... le 1er § de l'article 2292 du Code civil, en ce qui concerne seulement les médecins. »...

La prescription quinquennale vient remplacer, pour les honoraires du médecin, la prescription d'un an, telle qu'elle résultait du 1er § de l'article 2272 du Code civil.

Cet article 2272 établit un certain nombre de prescriptions libératoires d'une durée d'un an. Elles sont fondées sur la présomption de paiement dans des cas où il n'est pas d'usage de retirer une quittance.

On trouve rapprochés dans cette catégorie « l'action des médecins, chirurgiens et apothicaires, pour leurs visites, opérations et médicaments; celle des huissiers pour le salaire de leurs actes; des marchands pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands; celles des maîtres et patrons et autres maîtres; celle des domestiques ».

Le rapprochement est au moins singulier. Quelle assimilation peut-on établir entre des fonctions si diverses dans la hiérarchie sociale? Quel caractère commun y a-t-il entre l'honoraire dû au médecin, le prix d'une marchandise, le salaire d'un domestique?

Est-il juste d'imposer au médecin l'obligation de réclamer ses honoraires, sous peine de déchéance, dans le délai d'un an? Est-ce possible, étant donné le caractère des relations du client et du médecin? Cette rigueur ne sera-t-elle pas souvent des plus cruelles vis-à-vis du malade, mis peut-être par une longue maladie dans l'impossibilité de se libérer immédiatement?

Si le législateur a eu pour but de presser le débiteur de se libérer, dans son intérêt comme dans celui du créancier, il est évident que, quand il s'agit du malade vis-à-vis du médecin, le but a été manqué, parce qu'on a méconnu la situation réciproque des deux parties.

L'article 13 du projet modifie cet état de choses, la créance du médecin pour ses honoraires ne se prescrira plus que par cinq ans. Si les raisons ne manquent pas en faveur de cette disposition nouvelle, le corps médical y applaudira, moins pour l'extension de droit qu'elle lui confère que pour la liberté qui lui est rendue de ne plus faire suivre, à bref délai, sa dernière visite de la note de ses honoraires, et surtout pour le témoignage d'estime publique qui résulte pour lui de n'être plus assimilé aux fournisseurs et aux gens de service.

pertrophie du tissu conjonctif. La sclérose est un processne irritatif, se prodnisant dans l'organisme chaque fois qu'en un point il existe une cause d'irritation quelconque; les cellnles atrophiées, dégénérées, représentent ici la cause irritative. La sclérose peut encore être d'origine péri-vasculaire.

C'est donc l'artério-sclérose la cause initiale des dégénérescences et des lésions de la sénilité qui commence ainsi dès que l'athérome apparaît. L'athérome, qui est précoce chez les gens vieux avant l'âge, est tardif chez ceux qui arrivent à la plus extrême vieillesse. Chez le vieillard bien portant, l'athérome procède lentement, et ne se tradnit que par l'amoindrissement des organes et des fonotions. Sans doute l'alcoolisme, l'arthritisme, peuvent lui donnsr nne activité plus grande, en faire éclater les manifestations d'une façon plus rapide, mais il apparaît fatalement en dehors de ces causes et par les progrès senls de l'âge. L'athérome résulte ds l'usure vitale des organss.

La vie a besoin de l'association, de la synergie d'actione individuelles dévolues chacune à une cellule, à un organe, à un appareil; la vie de l'ensemble de l'individu comporte la vie partielle de chacun des composants. Mais dés que cette association d'actions individuelles est devenue impossible par suite des modifications de structure qui gênent la nutritioa interstitielle, la mort partielle des organes survient successivement, et la mort de l'ensemble en est le résultat. C'est ainsi que les altérations de la sénilité conduisent à la mort naturelle.

Cet affaiblissement général, dont le début remonte à plueieurs années, caractérise la sénilité; l'individn, a dit Bichat, qui s'éteint après une longue carrière, meurt en détail.

A. MARTHA.

TRAITEMENT DES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PAR DES PULVÉRISATIONS D'ÉTHER ET DE CHLORURE DE MÉTHYLE, par A.-G. RAISON.

C'est M. Joffroy qui a entrepris le premier ce mode de traitement, dont les résultats se sont montrés bien supérieurs à ceux obtenns jnsqu'à présent par les autres méthodes. Le chlorure de méthyle devrait être préféré a l'éther si eon emploi n'était pas si difficile et s'il n'exposait pas le malade à des escbarres.

Bien que moins actif, l'éthsr est d'un maniement plus commode et plus sûr. On le pulvérise avec l'appareil de Richardson, et la réfrigération obtenne est fortement augmentée s l'on a soin de faire diriger avec un soufflet un courant d'air juste à l'endroit où tombe l'éther projeté par l'appareil.

Ce traitement doit être appliqué soit sur les régions douloureuses elles-mêmes, soit snr la colonne vertébrale, au point probable de l'origine des douleurs. Les pulvérisations locales sont celles qui donnent les meilleurs résultats. Le plus souvent, c'est d'une façon presque instantanée qu'on arrachs le malade aux tortures les plus pénibles. Sous l'influence des pulvérisations, les crises douloureuses s'espacent, lenr violence diminne et une amélioration générale se produit. Parfois même, des lésions trophiques finissent par disparaître.

Les résultats obtenus par M. Raison ne nous surprennent pas. Nous savons, en effet, que l'ataxie débute quelquefois par des lésions des extrémités des nerfs sensitifs, avant que la moelle soit atteinte, et que sa marche peut alors être enrayée par un traitement révulsif énergique. C'est dans un cas de ce genre que le professeur Pierret a constaté la régénération des tubes nerveux primitivement détruits, ce qui, à notre avis, est la preuve la plus manifeste de l'efficacité de la révulsion locale.

Dr GEORGES LEMOINE.

REVUE DES THÈSES

LE BÉRIBÉRI A POULO-CONDORE, par M. ELEUTHÈRE REAUCAA. Thèse de Paris, 1886.

Les Poulo-Condore (îles des reptiles) représentent un groupe d'îles volcaniques eituées sur la Mer de Chine, à l'Est du Tonkin et de l'Annam. En 1863, l'amiral Bonnard y avait établi une maison de détention. Le pénitencier est sitné eur une petite haie de la Grande-Condore. La fièvre paludéenne et la dysentérie constituent avec le béribéri lee maladies courantes de l'île. En 1881-1882, il y a eu 13 cas de dysentérie (dont 5 décès), 58 cas de fièvre intermittente avec 4 décès et 45 cas de hérihéri dont 22 ont été suivis de mort. Les Indigénes, presque tous Annamites, au nombre de 300 environ, habitent tous la Grande-Condore. Ils sont répartis en trois villages, dont le principal occnpe le fond Sud-Ouest de la haie Est: *Vu'ong-hôa* (jardin de fleurs), mieux connu des Européens sous le nom de village du « Camhodge ».

La mesure formulée dans l'art. 13 emporte une modification de l'art. 2277 du Code civil, énumérant les cas d'application de la prescription quinquennale. Il y aura lieu d'ajouter, dans cet article, un paragraphe mentionnant « les honoraires des médecins ». Leur créance se trouvera alors placée à côté des « arrérages de rentes perpétuelles et viagères ; ceux des pensions alimentaires ; les loyers des maisons et prix de ferme des biens ruraux, les intérêts des sommes prêtées et généralement tout ce qui est payable par année ou à des termes périodiques plus courts (art. 2277) ».

En mentionnant cette réforme, nous ne devons pas oublier que l'Association générale l'avait appelée, à maintes reprises, de ses vœux; chacun de vous a présenté à l'esprit la pétition adressée à ce sujet par la Société locale de la Sarthe.

A cette décision favorable aux intérêts professionnels, pourquoi ne nous est-il pas donné de pouvoir en joindre une autre, sur un point qui n'est pas de moindre importance pour le médecin? Pourquoi le privilège accordé pour le paiement des honoraires dans le cas de dernière maladie n'est-il pas reconnu applicable à la maladie qui précéde la faillite ou la déconfiture, tout comme à la maladie qui a précédé la mort? Il n'y a aucune raison pour donner de moindres garanties au médecin qui a guéri son malade qu'à celui qui n'a pu y réussir. Vous vous rappelez, Messieurs, que sur l'initiative des Sociétés locales du Calvados, de la Seine-Inférieure, une pétition fut rédigée en ce sens, et qu'elle a réuni l'adhésion de toutes les Sociétés locales, de la Société centrale et de votre Conseil général. La loi belge a formellement reconnu ces droits du médecin; il serait de toute justice que la loi française l'imitât sur ce point, et que le § 3 de l'art. 2101 du Code civil fût visé et interprété dans ce sens large, par le projet de loi que nous examinons.

(A suivre)

— Une instruction du ministre de l'Instruction publique relative à la perception des droits d'inscription dans les Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur, porte que les étudiants qui, pour cause de maladie dûment constatée, ou raison de force majeure, n'ont pas pu prendre leurs inscriptions de novembre et de janvier 1886-1887, sont autorisés à prendre les inscriptions rétroactives sans payer de droits, à la condition expresse qu'ils se mettent en règle avant la fin de la présente année scolaire.

Le docteur Reancar a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du béribéri, qu'il a eu l'occasion d'observer durant son séjour à la Grande-Condore.

On sait que le Béribéri est caractérisé par l'invasion soudaine d'une faiblesse extrême, de fourmillements dans les jambes et de l'œdème. Cette maladie infectieuse, endémo-épidémique dans les zones tropicales, détermine une augmentation brusque du liquide céphalo-rachidien et des troubles fonctionnels dans le domaine du sympathique, troubles pouvant aboutir d'ailleurs à des lésions permanentes des fibres nerveuses. Suivant la prédominance de l'action infectieuse sur le système spinal ou sur l'appareil sympathique, on a affaire au béribéri paralytique ou au béribéri hydropique. M. Reancar décrit une variété de béribéri hydropique qu'il appelle hydropique aigu. Cette forme serait reconnaissable à la soudaineté de son invasion, à la rapidité de sa marche et à l'intensité toute particulière de ses symptômes. Lorsque la maladie est arrivée à son apogée, il s'y joint une coustriction violente de la région épigastrique (ceinture béribérique du docteur Miranda Azevedo), accompagnée d'une dyspnée intense. La face est cyanosée et le malade meurt asphyxié. Le béribéri hydropique aigu, et surtout le béribéri facial aigu, foudroie le malade en quelques heures, à la façon du choléra sec. Le béribéri est fréquent à Poulo-Condore, puisqu'en 1880, sur 70 décès fournis par un personnel de 800 condamnés, il y en a eu 43 par béribéri; et 22, en 1881, sur un personnel de 772 prisonniers.

Enfin, deux faits ont frappé M. Reancar. C'est: 1o Le rapport constant de certaines formes de plaies avec le béribéri à venir; 2o l'influence nocive des opérations chirurgicales, même insignifiantes, dans le cours des épidémies, justifiant ainsi l'aphorisme de M. Verneuil: « Le traumatisme sonne le réveil des diathèses ».

Dr F. A. S.

BULLETIN

Le professeur Gosselin.

Le maître excellent, le chirurgien habile, honnête et sympathique que nous venons de conduire à sa dernière demeure est né à Paris le 16 juin 1815. Interne des hôpitaux, de la promotion de décembre 1835, en compagnie de Noël Guéneau de Mussy, de Fauvel, de Moissenet et de Depaul, pour ne parler que des morts, M. Gosselin fut l'un des bons élèves de Blandin, de Roux et de Velpeau. Lauréat de la Faculté et de l'Ecole pratique, aide d'anatomie, prosecteur, puis chef des travaux anatomiques, il fut toute sa vie un travailleur laborieux et persévérant, tenant à honneur de ne devoir ses fonctions qu'au concours.

Dès 1841, il communique à la Société anatomique des recherches originales sur *Quelques cartilages diarthrodiaux et épiphysaires.* Le 16 mars 1843, sa thèse de doctorat sur les *Fibro-cartilages inter-articulaires*, contient des recherches nouvelles sur les articulations temporo-maxillaires, sterno-claviculaire, etc. En 1844, il se présente au concours de l'agrégation, avec une monographie devenue classique, ayant pour sujet: *De l'étranglement dans les hernies.* Choisi peu de temps après par Denonvilliers pour concourir à la rédaction du *Compendium de chirurgie*, véritable traité didactique commencé avec Bérard, mais demeuré inachevé, par suite des hésitations et du caractère de Denonvilliers, M. Gosselin a écrit pour cet ouvrage des monographies excellentes, et nous avons appris que quelques-uns de ses manuscrits non imprimés, étaient demeurés inédits. Peut-être se retrouveront-ils quelque jour et pourront-ils être publiés par sa famille ou ses élèves dévoués.

En 1846, M. Gosselin concourut pour la chaire d'anatomie. Sa thèse: *Le système nerveux ganglionnaire, ses connexions avec le système nerveux cérébro-spinal*, est pour l'époque l'un des meilleurs travaux publiés sur ce sujet. En 1847, il est nommé chirurgien des hôpitaux. Attaché à la rédaction des Archives générales de médecine, il a donné à ce recueil estimé bon nombre de mémoires qui témoignent de sa compétence et de son érudition, tels sont: ses *Recherches sur les canaux excréteurs de la glande lacrymale*, 4e série, t. III, 1844; *De la micrographie appliquée à l'anatomie pathologique*, 4e série, t. V, 1845; un *Examen de quelques travaux récents sur les rétrécissements spasmodiques de l'urèthre*, 4e série, t. VII, 1846; des *Etudes sur l'opération de la cataracte par abaissement*, 4e série, t. X, 1847; *Sur la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin*, ibid., etc.

Le 18 juillet 1850, M. Gosselin lit à l'Académie de médecine des *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet*, travail important inséré dans le volume XIII des mémoires de cette Compagnie, et successivement, il lui communique, le 7 août 1855, un *Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil*; le 24 octobre 1859, des *Etudes cliniques sur le traitement de l'étranglement herniaire par le taxis*; le 18 décembre 1860, une *Note sur la mydriase bi-oculaire spontanée.*

M. Gosselin appartenait à l'Académie de médecine depuis le 14 août 1860; il en fut le président en 1875, et jusqu'à ces derniers temps, où la maladie l'a retenu loin d'elle, il en fut un des membres les plus assidus, prenant part à toutes les discussions où sa compétence pouvait s'exercer. Il ne cessa jamais de lui apporter la primeur de ses travaux originaux. C'est ainsi qu'il lut à la tribune, le 5 octobre 1875, son intéressant mémoire: *Sur les faux abcès des os longs et l'ostéite à forme névralgique qui les accompagne.*

Des ouvrages dus au savant chirurgien de la Charité, publiés en volume, nous ne devons pas omettre: un *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*; un mémoire sur l'*Irréductibilité et les déformations consécutives dans les fractures des os longs*, publié d'abord dans la Gazette hebdomadaire (1859); ses *Leçons sur les hernies abdominales* (1864), résumé de tous ses travaux sur le sujet; ses *Leçons sur les hémorrhoïdes* (1866); un mémoire sur *Les tumeurs cirsoïdes artérielles chez les adolescents et les adultes* (1868); enfin sa *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, dont la première édition, en deux volumes, est de 1872-1873, et la troisième, en trois volumes, porte la date de 1879.

Il est encore l'auteur, en collaboration avec M. Albert Robin, d'un travail important sur l'*Urine ammoniacale et la fièvre urineuse* (1874), et d'un autre mémoire sur le *Mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques* (1879), avec MM. Albert Robin et Bergeron.

Enfin, ce fut M. Gosselin que choisirent comme conseil MM. J.-B. Baillière et fils lors de la publication de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, encyclopédie d'origine américaine, mais à laquelle ont concouru, pour l'édition française, bien des chirurgiens distingués de notre pays,

MM. Gosselin, Verneuil, Duplay, Ollier, etc. M. Gosselin a écrit l'introduction de cet ouvrage, et il n'a cessé d'apporter aux éditeurs, avec sa haute compétence pour le choix des articles à ajouter, un concours efficace, en proposant et recherchant les collaborateurs nouveaux. M. Gosselin a aussi publié la traduction du Traité de Curling sur les maladies du testicule, édition augmentée de ses propres recherches.

Nommé professeur de pathologie externe à la Faculté en 1858, il remplaça Velpeau comme professeur de clinique en 1867. Très aimé de ses élèves pour le soin et la clarté de son enseignement en même temps qu'en raison de sa bienveillance, il avait toutes les qualités d'un excellent professeur. Aussi sa clinique était-elle fort suivie, même par les jeunes chirurgiens. Homme de devoir, il prodiguait aux malades, pauvres ou riches, les soins les plus constants et les plus minutieux. Aussi nous souvient-il que les opérés de son hôpital lui témoignèrent à diverses reprises leur reconnaissance. L'un d'eux, simple ouvrier typographe, atteint d'une fistule, lui a dédié un poème héroï-comique dont tous les élèves de ce temps-là se rappellent sans doute quelque fragment. Pendant la guerre de 1870-71, M. Gosselin fit ponctuellement son service à la Charité, et ayant dû aller passer, en mars, quelques jours à la campagne, il revint de suite à Paris dès qu'il apprit la nouvelle de l'entrée des troupes. Le jour même, il était à son hôpital, bientôt encombré de blessés et placé dans un quartier éclairé par la lueur des incendies. Sa digne compagne, Mme Gosselin, fille de feu Bussy, ancien directeur de l'Ecole de pharmacie, accompagnait son mari dans ce périlleux retour.

M. Gosselin avait été nommé membre de l'Institut en 1874, et il venait d'être appelé à la présidence de l'Académie des sciences pour 1887.

Il a manifesté le désir que les hommages bruyants fussent écartés de son cercueil et qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe ; ses derniers vœux ont été remplis, mais l'assistance émue qui se pressait à ses obsèques n'était point muette, elle rappelait et le talent et l'expérience et les vertus de l'homme de bien. Certes, M. Gosselin a été un chirurgien habile, mais ce fut aussi un chirurgien d'une très grande honnêteté. Bienveillant pour tous, courtois dans les discussions et d'un caractère des plus dignes, il laisse une mémoire justement respectée.

Dr A. Dureau.

M. Janssen, vice-président de l'Académie des sciences, et M. Vulpian, secrétaire perpétuel, en annonçant lundi dernier à l'Académie la mort de son regretté président, se sont faits les interprètes éloquents et émus des regrets unanimes de la savante Compagnie. Nous nous faisons un devoir de reproduire leurs discours.

Discours de M. Janssen, vice-président de l'Académie des sciences

Messieurs,

Vous connaissez déjà la triste nouvelle que j'ai le devoir de vous apprendre : l'Académie a perdu son président.

Le chirurgien éminent, l'auteur de si excellents ouvrages d'enseignement, le professeur émérite qui a formé tant d'élèves et que la génération chirurgicale actuelle presque tout entière se plaisait à reconnaître comme son maître, presque comme son père, celui enfin dont la carrière était si remplie et si honorée que l'hommage suprême que vous lui décerniez naguère n'était que mérité, a succombé samedi dernier, ayant pu à peine s'asseoir dans ce fauteuil dont il était si fier, si heureux et si reconnaissant envers vous, messieurs.

M. Gosselin était né à Paris, le 16 juin 1815, juste le jour où la fortune accordait à Napoléon ses dernières faveurs dans les plaines de Ligny et de Fleurus, l'avant-veille de Waterloo.

Il fit ses études classiques et ses études médicales à Paris. Il eut pour maître Velpeau. Sa belle intelligence, son application remarquable, en particulier sa passion pour les études médicales le firent avancer rapidement et surtout sûrement dans la carrière. A trente et un ans, il était chirurgien des hôpitaux et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine. A quarante-cinq ans, il entrait à l'Académie de médecine, titulaire, depuis deux ans déjà, de la chaire de pathologie chirurgicale. C'était une haute situation ; mais le jeune chirurgien, passionné pour son art et possédé du besoin impérieux de le répandre, loin de chercher à jouir de cette belle position si légitimement acquise, s'en servit pour avoir une action plus étendue et plus efficace sur la jeunesse de son époque.

Il redoubla de travail et d'ardeur : livres d'enseignement, mémoires, leçons cliniques, tout est employé pour répandre la connaissance de l'art dont il est passionné, la connaissance des meilleures méthodes d'application. Ajoutons que les qualités de cœur du professeur lui prêtèrent un admirable concours. Aussi, messieurs, l'influence de M. Gosselin sur la jeunesse chirurgicale de son temps fut-elle universelle. Presque tous les chirurgiens les plus renommés de l'époque actuelle et presque tous les agrégés et les professeurs ont été ses élèves. On nous disait même qu'il n'y avait peut-être pas en France un chirurgien ayant fait ses études à Paris, qui ne lui ait pas passé par les mains. Et tous ses élèves le chérissaient, tous avaient un respect profond pour son caractère.

C'est que, tout en se sentant profondément aimés, ils trouvaient en lui une belle âme et l'exemple de l'accomplissement de tous les devoirs : exemple d'exactitude scrupuleuse dans ses fonctions car, malgré tant de devoirs à l'Académie, à la Faculté de médecine, à l'hôpital de la Charité, aux Sociétés savantes, qui le réclamaient de toutes parts, etc., etc., M. Gosselin n'eut jamais une défaillance et ne voulut même jamais se faire suppléer ; exemple moral aussi par la modération des honoraires que notre confrère réclamait de ses clients fortunés et par la bonté, la facilité avec laquelle il donnait ses soins aux malheureux.

Cette belle carrière laissera un long souvenir parmi les chirurgiens de notre époque, et les leçons de clinique chirurgicale à la Charité, continuées pendant vingt ans avec tant d'autorité, de persévérance et de succès, honoreront toujours le nom de Gosselin.

Il aimait la médecine avec passion, ainsi que je l'ai déjà dit tout à l'heure ; mais il aimait aussi toutes les sciences, et nul ne suivait nos séances avec plus d'intérêt. Mais il eut encore un mérite, — supérieur peut-être, — il sut aimer et reconnaître la vérité partout où il la trouvait. C'est ainsi qu'il accueillait avec tant d'empressement les nouvelles idées de Lister sur les antiseptiques. C'est ainsi surtout que, chirurgien, il salua les découvertes d'un homme qui n'appartenait pas au corps médical, et fut un des premiers à reconnaître la grandeur des travaux de M. Pasteur et voulut être un des appuis de son Institut.

Je veux laisser, Messieurs, à une voix plus autorisée le soin d'apprécier les mérites de M. Gosselin comme chirurgien, comme auteur et comme professeur ; mais je devais, au nom de l'Académie, saluer sa mémoire, assurer sa famille de toute la part que nous prenons au grand malheur qui la frappe, enfin offrir en exemple sa belle carrière à notre jeunesse savante.

Discours de M. Vulpian,
secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

La perte que vient d'éprouver l'Académie, par suite du décès de M. Gosselin, est considérable. En 1874, époque de la mort du célèbre chirurgien Nélaton, l'Académie n'hésita pas dans le

choix qu'elle avait à faire pour le remplacer : elle nomma M. Gosselin.

Praticien émérite, auteur de différents travaux qui étaient devenus promptement classiques, M. Gosselin était alors le représen tant le plus éminent da la chirurgie française. Plusieurs de ses publications le désignaient plus particulièrement à vos suffrages, parce qu'elles contenaient de véritables découvertes et qu'elles montraient que ce praticien émérite était aussi un chercheur, un expérimentateur d'une sagacité et d'une habileté peu communes. Esprit ouvert à tous les progrès, il commençait par contrôler avec le jugement le plus droit toutes les idées nouvelles applicables à la chirurgie et, dès qu'il avait reconnu leur véritable utilité, il en devenait un des plus zélés propagateurs.

Il a fait preuve, dans l'exercice et l'enseignement de la chirurgie, des qualités les plus précieuses : la netteté des conceptions, la clarté de l'exposition, un bon sens impeccable, les ressources les plus ingénieuses de l'esprit.

Ces qualités se manifestaient partout où il prenait la parole, et vous avez pu les apprécier. Aussi l'aviez-vous porté aux hautes fonctions de la présidence, fonctions qu'il eût si bien remplies, si une maladie terrible ne l'avait pas terrassé. Dès qu'elle lui laissait quelques heures de répit, le lundi, il venait occuper cette place que vous lui aviez confiée et qui avait comblé toutes ses légitimes ambitions.

Mais, homme du devoir avant tout, il avait donné sa démission de la chaire qu'il occupait avec tant d'éclat à la Faculté de médecine, lorsqu'il s'était senti trop faible pour en remplir toutes les obligations, et, à la fin de l'année dernière, après une forte crise qui l'avait totalement abattu, il nous adressait sa démission de la vice-présidence, en nous disant qu'il comprenait bien qu'il ne pourrait pas répondre à la confiance de l'Académie et la présider cette année. Nous lui avions répondu, au nom de l'Académie, que nous espérions son retour complet à la santé et qu'il devait considérer sa lettre de démission comme non avenue. Hélas ! ce savant praticien, dont le pronostic était presque infaillible quand il s'agissait des autres, ne s'était pas trompé non plus sur la gravité de son état.

Nous venons de perdre ce chirurgien de renom, cet excellent confrère que l'on ne pouvait connaître sans concevoir pour lui la plus vive affection. Il laissera parmi nous les souvenirs les plus chers, et ce n'est pas sans un violent serrement de cœur que je prononce ici ces quelques mots, après les paroles émues de M. le vice-président : ce sont les seuls adieux qui, pour obéir à sa volonté expresse, lui seront adressés.

NOTES & INFORMATIONS

Stations maritimes pour les enfants de la classe pauvre. — Les résultats obtenus par le séjour au bord de la mer, dans le traitement des maladies de l'enfance, ne peuvent qu'encourager la création d'hôpitaux ou hospices maritimes destinés aux enfants de la classe pauvre. Le Conseil municipal se préoccupe à bon droit de cette importante question. Il vient de voter la création de 366 lits nouveaux à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Il a invité en outre l'administration à lui soumettre le résultat de l'enquête de l'Assistance publique sur la création de stations maritimes ou terrestres pour les enfants malades ou convalescents. Enfin il a pris en considération et renvoyé à l'étude de la 8e commission une proposition de M. Vaillant relative à une entente entre la ville de Paris, le département de la Seine et quelques autres départements pour la création d'hôpitaux maritimes destinés au traitement des affections scrofuleuses de l'enfance et de l'adolescence. Certains de ces hôpitaux, élevés sur les bords de la Méditerranée, seraient spécialement affectés aux enfants phthisiques.

Poursuivant le même ordre d'idées, une Commission, composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Gariel, Bardet, Topinard, Gillet de Grandmont et Bezançon, visite en ce moment les plages du Val Saint-André (Côtes-du-Nord) pour étudier si l'une d'elles ne serait pas propre à la création d'un hôpital d'enfants.

— L'Institut Pasteur. — Le Conseil d'Etat a rendu un arrêté approuvant le projet de décret, qui lui avait été présenté par M. Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie, et aux termes duquel l'*Institut Pasteur* est reconnu comme établissement d'utilité publique.

M. Pasteur est, aux termes de cette même décision, nommé « directeur à vie » de l'établissement fondé sous son nom.

Enfin, le décret institue un Conseil d'administration composé de onze membres, en outre de M. Pasteur, lesquels sont :

MM. le vice-amiral Jurien de la Gravière, président de l'Académie des sciences ; Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine ; Vulpian, professeur à la Faculté de médecine ; Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française ; Walton, professeur à la Faculté des sciences ; le vicomte Henri Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques ; Magnin, sénateur, gouverneur de la Banque de France ; Christophle, gouverneur du Crédit Foncier, et le baron Alphonse de Rothschild.

Le Conseil d'administration est renouvelable tous les trois ans, mais les onze membres qui précèdent sont rééligibles.

R. F. D.

NOUVELLES

— Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira lundi prochain, 9 mai 1887, à midi et demi. Le jury se composera de MM. les professeurs Farabeuf, Guyon, Trélat, Verneuil et de M. Kirmisson, agrégé, juges titulaires, et de MM. les professeurs Lannelongue, Panas, et de M. Humbert, agrégé, juges suppléants.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Pousson.

— La mission scientifique confiée, par arrêté du 10 mai 1886, à M. le docteur Pozzi, pour étudier, en Allemagne ou en Autriche, l'enseignement de la gynécologie, est prolongée d'un an à dater de ce jour.

Clientèle a prendre. — On demande un médecin dans le chef-lieu d'une commune de 1250 habitants (perception, poste et télégraphe), situé à 1 h. 3/4 de Paris, centre d'une population de 3500 à 4000 âmes dépourvue de médecin et de pharmacien. — S'adresser au bureau du Journal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris

M. Brunon. Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive. — M. Grenier. Contribution à l'étude de la descendance

des alcooliques. — M. Achard. De l'apoplexie hystérique. — M. Mayor. L'avenir des pleurétiques.

M. Beraud. Suppuration dans les fractures fermées. — M. Bonquet. Contribution à l'étude des fractures de jambe.

M. Veper. De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie. — M. Persy. Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'urémie. — M. Chibrac. Nouvel appareil à pointe métallique pour être associé à une gouttière plâtrée. — M. Dessaux. De la curabilité relative de quelques accidents hépatiques d'origine alcoolique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 24 au samedi 30 avril 1887

Fièvre typhoïde 22. — Variole 12. — Rougeole 52 — Scarlatine 6. — Coqueluche 11. — Diphthérie, croup, 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 208. — Autres tuberculoses 46. — Tumeurs : Cancéreuses 50. — Autres 7. — Méningite 43. — Congestion et hémorr. cérébr. 59. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 6. — Maladies organiques du cœur 68. — Bronchite aiguë 29. — Bronchite chronique 47. — Broncho-pneumonie 43. — Pneumonie 141. — Gastro-entérite : Sein 16. — Biberon 25. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 21. — Sénilité 27. — Suicides 16. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 174. — Causes inconnues 15. — Total de la semaine : 1.179 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Etude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique (spontané ou provoqué), par le docteur A. Dichas. — Paris, O. Doin, 1887.

Le décollement de la rétine, par Virgile Caudron. — Paris, Masson, éditeur, 1886.

Du traitement des tumeurs érectiles par les fils caustiques du docteur Locquin, chirurgien-adjoint des hospices civils de Dijon. — Dijon, imprimerie Auhry, 1886.

De la gingivite des femmes enceintes et de son traitement, par A. Pinard, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, et D. Pinard. — Paris, O. Doin, 1886.

Etudes médicales sur l'hydrothérapie, par le docteur Fernand Bottey, ancien interne des hôpitaux. — Paris, O. Berthier, 1886.

Balaruc-les-Bains et ses boues minérales, par le docteur Adrien Plaoche, médecin-inspecteur de la station. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Des fractures dites indirectes des os longs par petits projectiles de guerre, par le docteur L. Lacronique, médecin aide-major de première classe. — Paris, Victor Rozier, 1886.

Du traitement du diabète, par M. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DEUX CAS DE PIED PLAT ; leçon de M. le professeur DUBRUEIL à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier.

Nous avons en ce moment dans les salles deux cas d'orthopédie qui présentent un certain intérêt, et qui rentrent tous les deux dans la catégorie des pieds plats, tout en appartenant à des espèces complètement différentes.

L'un des malades est un jeune homme de 18 ans ; il est atteint, du côté droit, de cette maladie qui a reçu de Jules Guérin le nom de *pied plat valgus douloureux*, et de Gosselin, celui de *tarsalgie des adolescents*.

Pour le dire en passant, je ne puis accepter cette dernière dénomination, qui me paraît consacrer une erreur ; et, bien que Guérin ait eu des idées erronées sur la nature et la genèse de cet état pathologique, je crois qu'on peut très bien conserver l'appellation sous laquelle il l'a désignée et qui, somme toute, repose sur une symptomatologie vraie.

C'est à Duchenne que revient le mérite d'avoir éclairé l'histoire du pied plat valgue douloureux, d'en avoir démontré le mécanisme, en établissant péremptoirement qu'il est dû à la paralysie ou à l'impotence du long péronier latéral. Je n'insiste pas plus longtemps sur ce sujet. Je vous rappellerai seulement que le professeur Chalot, qui a pris cette maladie pour sujet de sa dissertation inaugurale, a établi que son évolution pouvait être divisée en trois périodes successives :

1o Pied plat ;
2o Pied plat valgus intermittent ;
3o Pied plat valgus permanent.

Le malade qui se trouve dans notre service est encore à la première période, à celle du pied plat. Le traitement était tout indiqué : rendre au long péronier latéral sa contractilité à l'aide de la faradisation et de la galvanisation.

Le patient était porté tous les deux jours à l'Institut électrique du docteur Regimbeau, et il s'était déjà produit une amélioration notable, lorsque, sans cause apparente, il accusa une douleur très vive au niveau du pied droit et de la partie inférieure de la jambe. Le lendemain, de nombreuses taches de purpura apparaissaient sur les deux membres inférieurs. Le gonflement était dû très probablement à une phlébite de la veine tibiale postérieure.

Aujourd'hui, le purpura et la phlébite ont disparu, et le sujet se trouve dans l'état où il était avant d'être atteint de cette double complication. L'électricité va être reprise, et elle amènera certainement la guérison.

Je vous ai signalé ce fait d'une façon sommaire, car je vous ai déjà entretenu de cas analogues ; mais je tiens à insister un

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE

(Suite)

Si, de l'Angleterre nous repassons sur le continent, nous trouvons à parler d'un autre médecin royal, de Jean-Jacques Chiffiet. Chifflet appartenait, ainsi que Voltaire l'a fait remarquer, à une famille qui a on ne peut mieux mérité des lettres et des sciences par le nombre autant que par la valeur de ses membres.

Fils du médecin Jean Chifflet, l'un des co-gouverneurs de Besançon et l'auteur d'un livre d'observations très curieuses (1), mais dans lequelles l'astrologie prend trop de part, neveu de Claude Chifflet, professeur en droit à l'Université de Dôle, Jean Jacques Chifflet, né à Besançon le 21 janvier 1586, fit ses études à Dôle, puis à Paris, à Montpellier et enfin à Padoue De retour à Dôle, il y prit ses grades de médecin. Son goût, dit Charles Weiss (BIOGRAPHIE MICHAUD), « le portait à l'étude des antiquités ; ce fut pour le satisfaire qu'il entreprit un second voyage en Italie. Il visita Milan, Florence, Bologne et séjourna pendant quelque temps à Rome, où il obtint le titre de citoyen. De l'Italie, il passa en Allemagne, visitant partout les cabinets des curieux, les bibliothèques, les monuments, et revint enfin dans sa patrie, précédé par sa réputation Ses concitoyens s'empressèrent de le nommer aux premières places du gouvernement : chargé par eux d'une mission importante auprès de la princesse Isabelle-Claire-Eugénie, gouvernante du comté de Bourgogne et des Pays-Bas, il s'en acquitta avec tant de dextérité et de prudence que la princesse voulut l'attacher à sa personne en lui donnant le titre de son premier médecin. » Bientôt, Philippe IV, roi d'Espagne, l'appela auprès de lui et lui confia le soin d'écrire l'histoire de l'Ordre de la toison d'or. Chifflet ne publia qu'une sorte d'essai d'ailleurs très curieux sous ce titre *Le blason des armoiries des chevaliers de l'ordre de la toison d'or* (volume in-4o paru à Anvers (1632) en latin et en français et contenant 14 chapitres). Chifflet est aussi

(1) *Singulares ex curationibus et cadaverum sectionibus observationes*, Paris, 1612, in-8o.

peu plus longuement sur le suivant, qui est incontestablement beaucoup plus rare.

Le patient est un gendarme de 50 ans, habituellement bien portant et attaché à une brigade à pied.

Quand je lui ai demandé ce qui l'amenait à l'hôpital, il m'a dit que c'était une douleur vive qu'il ressentait au pied gauche et qui l'empêchait de marcher; il n'a du reste jamais eu à souffrir, ni de la goutte, ni du rhumatisme.

Lorsque le malade est au repos, assis ou couché, la douleur est nulle; mais elle se réveille dès qu'il appuie le pied par terre pour marcher ou même pour se tenir debout. En cherchant par la palpation le siège précis de la souffrance, j'ai vu qu'elle correspondait au bord interne du pied, au niveau du scaphoïde et de l'extrémité postérieure du premier métatarsien; j'ai constaté en outre que la pression réveille la douleur.

De plus, dans cet examen, deux choses me frappèrent : la voûte plantaire est fort peu développée des deux côtés, et à gauche (côté malade) le tendon du jambier antérieur fait à la partie antéro-inférieure de la jambe et interne du pied une saillie anormale.

Ces deux symptômes m'ont paru mériter un examen plus approfondi, et je me suis d'abord occupé des pieds plats. Le malade m'a affirmé qu'il avait toujours eu les deux pieds plats, ce qui ne l'empêchait pas de marcher comme tout le monde et de faire le service assez pénible de gendarme à pied. Depuis un mois seulement, il a commencé à souffrir, et il ne souffre que du pied gauche, dans le point que j'ai indiqué. Même lorsqu'il est couché, il est évident que les malléoles descendent plus près de la plante du pied qu'elles ne le font sur un sujet bien conformé.

J'ai pris successivement l'empreinte des deux pieds, et pour ce, j'ai dit au malade de se lever, et je les ai fait successivement appuyer sur une couche de sable fin répandu sur le pavé de la salle et bien aplani. Le pied droit (sain) m'a donné une empreinte appartenant manifestement à un pied plat, c'est-à-dire représentant un triangle à angles arrondis.

Je ferai ici une remarque : le bord de l'empreinte correspondant au bord interne de ce pied est certainement loin d'être aussi concave qu'il l'est sur un pied normal; mais cependant il présente un léger degré de concavité. Pour le pied gauche (malade), j'ai aussi obtenu l'empreinte d'un pied plat, mais avec cette différence que le bord interne est rectiligne et ne présente pas de cavité. En somme, le pied gauche est plus plat que le droit.

Je reviens maintenant à l'autre symptôme que je vous ai signalé, la saillie du tendon du jambier antérieur. Il est facile de voir que le corps charnu du muscle est plus dur que du côté opposé, que le malade n'étend le pied gauche que très incomplètement, et que, lorsqu'on cherche à l'étendre, on éprouve une assez forte résistance. Rien d'analogue à droite.

Ainsi voilà, en somme, les éléments du diagnostic. Deux pieds plats congénitaux permettant une marche normale; un des pieds devient douloureux au niveau de la partie moyenne du bord interne, et cette douleur rend la marche à peu près impossible.

En prenant les empreintes plantaires des deux pieds, on constate que la plante gauche est plus plate que la droite. De plus, on remarque que le tendon du jambier antérieur fait une saillie anormale, que ce muscle est contracturé, et qu'il existe une gêne notable dans les mouvements d'extension du pied, soit spontanés, soit communiqués.

Je n'ai rien de bien positif à vous dire sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du pied plat congénital. Roguetta, en disséquant un pied plat, a constaté que la tubérosité postérieure du calcanéum était très courte, très mince et déjetée en dedans) ainsi que le tendon d'Achille. Le corps du calcanéum était plus court et plus mince qu'à l'état normal, et ses facettes articulaires supérieures étaient moins prononcées. La tubérosité antérieure participait à l'atrophie générale de l'os et était dirigée en dedans. Le scaphoïde et le cuboïde avaient subi un mouvement de rotation en dedans sur leur axe antéro-postérieur. Les cinq os antérieurs du tarse avaient perdu de leur largeur et de leur épaisseur. Roguetta a noté en outre le relâchement des ligaments du tarse, qui permettait aux os une mobilité anormale.

Lacour, sur un pied plat ayant appartenu à un sujet déjà avancé en âge, a trouvé que la tête de l'astragale était déprimée du côté externe, ce qui changeait la direction de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Bouvier fait observer avec raison qu'au point de vue morphologique, on peut diviser les pieds plats congénitaux en deux catégories : celle dans laquelle les pieds sont purement et sim-

---

l'auteur d'une histoire de Besançon, sa patrie (*Vesuntio, civitas imperialis, libera, Sequanorum metropolis*), histoire intéressante et bien écrite, où l'on regrette de trouver une foi trop facile aux traditions les plus fabuleuses.

En dehors d'une multitude de travaux d'érudition (le P. Nicéron en cite jusqu'à 35) sur le Saint-Suaire, sur le Concile d'Epona, sur la Sainte Ampoule (ou plutôt contre la Sainte-Ampoule), sur le port d'embarquement de Jules-César de Gaule en Angleterre, sur la découverte à Tournai du tombeau de Childéric Ier, sur ou mieux contre le quinquina (1653, Anvers, in-8o), nous citerons de Chifflet le recueil intitulé : *Opera politica et historica* (2 vol. in-folio, Anvers, 1652). C'est la réunion de tous les ouvrages qu'il avait publiés séparément contre la France en faveur de l'Espagne et de la maison d'Autriche de laquelle dépendait la Franche-Comté. Ses trois frères, Pierre-François, Philippe et Laurent, ses fils Jules et Jean, se distinguèrent aussi dans l'érudition, le droit et la théologie. Il mourut en 1660.

Après Chifflet, nous pourrons citer un historiographe de Louis XIV, Samuel Sorbière. Né le 17 septembre 1615 (1) à Saint-Ambroix, près d'Uzés, d'une famille protestante, il avait été envoyé à Paris pour y étudier la théologie, dont il ne tarda pas à se dégoûter. Il préféra apprendre la médecine. « Il y fit même de si grands progrès, nous dit son biographe Graverol (1), qu'il en fit peu de temps après un système abrégé pour son usage particulier », (lequel système fut imprimé dans une grande feuille de papier sous ce titre : *Système de la médecine Galénique pour le soulagement de la mémoire*). Il passa en Hollande en l'année 1642, où sous le nom déguisé de *Guthbertus Higlandus*, il fit imprimer une Lettre, qu'il adressa à André Rivet, contre le *crurifragium prodromi Rivetiani*, que M. de la Milletière avait publié : cette lettre se voit à la fin de l'Apologétique de Rivet contre Grotius. Pendant le séjour qu'il fit en ce pays-là, il aida à faire la version de la description de la Grande-Bretagne par Cambden. Il traduisit aussi en français peu de temps après l'Utopie de Thomas Morus. Sorbière revint en France en l'année 1645; puis, étant retourné en Hollande l'année suivante, il se maria à la Haye.

(1) D'autres disent cinq ans avant, en 1610.

(1) Voir la notice mise par Graverol, avocat de Nîmes, en tête du volume intitulé : *Sorberiana* (Toulouse, 1694).

plement étalés, et celle dans laquelle il y a de plus un peu de renversement en dehors, un léger degré de valgus.

On a invoqué, pour expliquer le pied plat congénital, l'allongement et le relâchement des ligaments, l'impotence du long péronier latéral. La description de Roguetta autoriserait à mettre en cause le défaut de volume des os et surtout de la partie postérieure du calcanéum. En somme, on en est encore aux hypothèses.

Pendant longtemps, on a considéré tous les sujets atteints de pied plat comme impropres à la marche. Il est certain que chez un certain nombre d'entre eux la marche, tant soit peu prolongée, développe des douleurs au niveau de la région plantaire; mais, par contre, ainsi que Gama l'a établi, il est des pieds plats qui sont excellents marcheurs.

Le sujet de notre observation appartenait à cette classe de pieds plats qui marchent bien. Pourquoi, à un moment donné, la marche est-elle devenue douloureuse en raison de l'état du pied gauche? Cela est dû à la contracture du jambier antérieur de ce côté. Ce muscle est fléchisseur du pied sur la jambe et légèrement adducteur; mais, de plus, comme l'a démontré Duchenne, il détermine l'élévation du premier métatarsien et du bord interne du pied, et, par suite, l'aplatissement de la voûte plantaire. Il est, sous ce rapport, antagoniste du long péronier latéral.

Chez notre malade, sous l'influence d'une cause indéterminée, au pied plat congénital et indolent est venu s'ajouter à gauche de la contracture du jambier antérieur. Ce pied est devenu douloureux pendant la marche et la station verticale, et l'aplatissement de sa plante a augmenté. Pour combattre cet état, Duchenne recourait soit à la faradisation du long péronier latéral, afin de vaincre la résistance du jambier, son antagoniste, soit à la faradisation du jambier antérieur lui-même, mais alors avec des courants très forts, de façon à le forcer en quelque sorte et à venir ainsi à bout de sa résistance.

L'application sur le muscle contracturé des courants continus descendants est une méthode beaucoup plus sûre, et c'est à elle que nous aurons recours, afin d'obtenir son relâchement.

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la leucocytose accompagnant le développement des néoplasmes, par G. Hayem (1).

J'ai remarqué, il y a quelques années, que la plupart des malades atteints d'une affection néoplasique présentent un nombre de globules blancs sensiblement supérieur à la normale physiologique.

Récemment, pour compléter les renseignements que j'ai recueillis sur ce sujet, j'ai prié un de mes élèves, M. Alexandre, très exercé à la pratique de l'examen du sang, de réunir de son côté quelques observations.

La présente note a pour but de faire connaître les principaux résultats de ces diverses recherches. J'admets qu'à l'état normal le nombre des globules blancs du sang est, en moyenne, de 6,000 par millimètre cube. Mais on sait que les fluctuations numériques de ces éléments sont relativement beaucoup plus considérables que celles des globules rouges. Il y a lieu de tenir compte, à cet égard, non seulement des différences individuelles, mais encore des variations assez fortes qui peuvent se rencontrer chez le même individu suivant des circonstances multiples qui ne sont pas toujours d'une détermination facile. Les conditions mécaniques dans lesquelles le sang est recueilli pour la numération ne sont pas toujours exactement les mêmes, et il est évident qu'elles peuvent exercer une influence beaucoup plus notable sur le nombre des globules blancs que celui des rouges. Aussi, en pratiquant deux fois de suite le dénombrement des globules blancs chez la même personne, peut-on trouver des chiffres sensiblement différents.

Il est donc évident que, pour être autorisé à accorder une valeur rigoureuse aux fluctuations de ces éléments dans des cas pathologiques, il faut que le nombre des observations soit assez élevé, que la modification numérique attribuée à l'état morbide soit nette, c'est-à-dire suffisamment accentuée et toujours de même sens.

Ainsi, supposons que dans une maladie quelconque, on trouve tantôt une augmentation des globules blancs, tantôt une diminution, mais que la moyenne de ces déterminations

(1) Travail communiqué à la Société de Biologie.

Ayant alors formé le dessein de se fixer en quelque endroit pour y exercer la médecine, il alla demeurer à Leyde, où il fit imprimer en forme de Lettre son *Discours sceptique sur le passage du chile et sur le mouvement du cœur*. Sorbière affichait et étalait pour la thérapeutique un scepticisme déplorable. On peut le considérer comme le type de ces médecins ignorants ou plutôt de ces mauvais praticiens, de ces praticiens malheureux qui attribuent toujours à l'insuffisance de nos connaissances les déconvenues de leur propre pratique.

Traducteur de Hobbes, éditeur et biographe enthousiaste de Gassendi, Sorbière écrivit sur tout ou à peu près. Pour faire plaisir à son beau-père, qui avait des intérêts dans la Compagnie des Indes Orientales, il publia sans la signer une *Lettre d'un marchand du Brésil à un de ses amis d'Amsterdam*.

Rentré en France en 1650, Sorbière devient Principal du Collège d'Orange. Il y publie un *Discours sur les vraies causes des derniers troubles d'Angleterre* et une *Lettre d'un gentilhomme Français à un de ses amis d'Amsterdam sur les desseins de Cromwell*. En 1653, il va auprès de son ami l'évêque de Vaison, J.-M. Suarès, devant qui il abjura, tournant, comme l'écrivit Gui Patin sa *jaquette en se faisant catholique romain*. Après quoi, nous dit son biographe, « étant allé à Paris au commencement de l'année 1654, il y publia, suivant la coutume de ce temps-là, un discours touchant sa conversion, qu'il dédia au cardinal Mazarin; le clergé lui ayant accordé une pension de 400 livres, il prit d'abord le petit collet, en vue d'un bon Bénéfice que cette Eminence lui faisait espérer et qui, en attendant, s'était obligée de son chef à une pension de 300 livres. » De Paris, il alla à Rome, où il se fit bientôt connaître au pape Alexandre VII par une lettre Latine qu'il lui adressa, et qui était écrite contre les envieux Protestants (1). Il revint encore à Paris, où il aurait fait imprimer, si nous en croyons Graves, une autre lettre latine contre M. Riolan, sur l'opinion qui considérait comme une quatrième espèce de vaisseaux mésaraïques les *Veines lactées* que le célèbre anatomiste Gaspard Aselli (de Crémone) avait découvertes à Pavie. Cette lettre se trouve insérée dans le *Livre des observations anatomiques* de Pecquet, à

(1) C'est pendant ce séjour à Rome que Sorbière donna au public son discours sur la *Transfusion du sang d'un animal dans le corps d'un homme*.

soit représentée par un chiffre supérieur à la moyenne physiologique; on ne sera pas en droit d'en conclure que cette maladie détermine une augmentation des globules blancs. Il faut que cette augmentation, si elle est réelle, existe dans tous les cas, tout en pouvant cependant varier, dans des limites assez étendues.

C'est d'ailleurs ce qui se passe dans tous les états morbides accompagnés de leucocytose, notamment dans les phlegmasies.

Cela posé, voici les chiffres que nous avons obtenus, M. Alexandre et moi, dans des cas où les variations des globules blancs ne pouvaient se rapporter qu'à l'existence d'une ou de plusieurs néoplasies.

1o *Squirrhe du sein.* — Nombre des malades: 14. Moyenne des globules blancs: 11,400.

Le chiffre le plus élevé est 21,700; le plus bas, 2,360.

Ce dernier chiffre est tout à fait exceptionnel. Il a été relevé chez une malade âgée, non opérée, mais chez laquelle le diagnostic ne paraissait pas douteux.

Le chiffre le plus bas après ce chiffre exceptionnel est 7,400. Dix fois le nombre des globules blancs était supérieur à 10,000.

D'après ces observations, le squirrhe du sein s'accompagne donc presque toujours (13 fois sur 14) d'une leucocytose légère, mais manifeste.

2o *Encéphaloïde du sein.* — Trois observations. Moyenne des globules blancs: 11,300. Dans les trois cas, le chiffre trouvé était supérieur à 10,000.

3o *Squirrhe du pancréas.* — Deux observations. Chiffres trouvés: 1o 9,400; 2o 9,900; en moyenne, 9,500.

4o *Encéphaloïde du testicule.* — Une observation. Chiffres trouvés: 12,200 et 12,500.

5o *Ostéosarcomes.* — Sept observations. Moyenne des globules blancs: 19,500.

Le chiffre le plus élevé (cas de sarcomes multiples à marche rapide et à petites cellules) est de 52,700. Comme il est exceptionnel, en n'en tenant pas compte dans le calcul de la moyenne, on trouve 14,000. Le chiffre le moins élevé est 10,950.

6o *Lymphosarcomes.* — Trois observations: 1o L. de l'aisselle, 11,700; — L. parotide, 20,000; — L. de la vulve, 11,000.

7o *Epithélioma.* — I. Six observations d'épithélioma de l'utérus. — Moyenne: 7,800. — Chiffre le plus élevé: 9,500; le plus bas, 4,575.

II. Epithélioma du larynx, 7,200.

III. Epithélioma du scrotum, 6,200.

IV. Epithélioma de l'ombilic, 7,100.

V. Epithélioma de la langue, 7,000.

VI. Epithélioma de la lèvre inférieure, 7,000.

VII. Epithélioma de la verge, 7,000.

VIII. Epithélioma du rectum, 9,500.

8o *Cancers de l'estomac.* — L'examen des tumeurs n'ayant pas été fait d'une manière systématique, nous diviserons nos douze observations en deux catégories:

I. Tumeurs n'ayant pas donné lieu pendant la vie à une leucocytose prononcée: Sept observations. — Moyenne des globules blancs, 7,600. Chiffre le plus bas, 2,600; le plus élevé, 10,000.

II. Tumeurs ayant donné lieu pendant la vie à une augmentation sensible des globules blancs: Cinq observations. — Moyenne, 17,600.

Un certain nombre de malades ont été opérés et on a pu, en pratiquant l'examen du sang après la cicatrisation de la plaie d'opération, se rendre compte de l'influence de la production morbide sur l'état du sang.

Résultats des opérations.

Six observations:	
1o *Squirrhe du sein.* — Avant l'opération	21.700
Cinq semaines après l'opération (plaie non complètement cicatrisée)	10.000
Plaie complètement cicatrisée depuis plusieurs jours	6.200
2o *Squirrhe du sein.* — Avant l'opération	11.500
	11.450
Après l'opération	8.500
	6.200
3o *Squirrhe du sein.* — Avant l'opération	11.000
	12.400
Après cicatrisation	8.400
4o *Encéphaloïde du sein.* — Avant l'opération	10.000
Cicatrisation presque absolument complète	9.000
5o *Lymphosarcome de l'aisselle.* — Avant l'opé-	

qui elle est adressée; elle est signée du pseudonyme *Sebastianus Alethophilus.*

Les relations de Sorbière avec les papes Alexandre VII et Clément XI lui rapportèrent d'ailleurs assez peu pour qu'il s'en soit plaint amèrement.

En 1660, Louis XIV le chargea d'être son historiographe. Ce fut pour lui une vraie sinécure. Cependant, en 1664, Sorbière fit imprimer une Lettre sur la difficulté que faisaient plusieurs ecclésiastiques de signer le formulaire touchant les cinq propositions de Jansénius; et l'année d'après, il publia son discours sur la Comète qui avait depuis peu effrayé toute la France. Etant allé en Angleterre avec quelques-uns de ses amis, il fit imprimer, en la même année 1664, la relation de son voyage, relation qui le fit exiler par Lettre de cachet en la ville de Nantes, d'où il fut rappelé peu de temps après par une seconde Lettre de cachet.

Sorbière mourut le 9 avril 1670. Outre les ouvrages que nous avons déjà cités, on lui doit quelques traités sur des questions religieuses et philosophiques, la rédaction de mémoires et de voyages du duc H. de Rohan (1645, Elzevier) et même la publication de quelques ouvrages de ses amis; car ce fut lui qui fit imprimer en Hollande la *Disquisitio Metaphysica Gassendi adversus Cartesium*, de même que le petit Traité que Samuel Petit, oncle de Sorbière, avait fait de *Sure Principum Edictis Ecclesiæ quæsito*, etc.

Henri Meibom (dit Meibomius) appartenait, comme Chifflet, à une famille de savants. Son grand-père Henri (l'ancien) avait été un philolologue et un historien renommé. Son père, Jean-Henri, est connu de tous les médecins par un grand nombre d'ouvrages, et son Traité *De flagrorum usu in re venereâ*, franchissant les limites de notre corporation, a fait connaître son nom à bon nombre de profanes qui n'ont pas même l'excuse d'être bibliophiles. Un autre Meibom (Marc), de la même famille, s'est occupé d'érudition, de musique et de théologie.

Né à Lubeck le 29 juin 1638, Henri Meibom *le jeune* commença dans sa ville natale ses études qu'il alla continuer à l'Université de Helmstædt avant d'aller visiter les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Italie (1), la France et l'Angleterre. Ce fut à Angers qu'il prit en 1663 le grade de docteur. Dès 1664, Meibom est chargé d'enseigner

(1) D'après le *Menagiana*, Meibomius avait fait le voyage de

ration 11.700
Après. — Cicatrisation presque complète......... 9.000
6º *Ostéosarcome du bras.* — Avant l'opération. 11.250
Après. — Cicatrisation presque complète......... 5.270

Résumé et conclusions. — Les tumeurs désignées sous le nom de cancer (squirrhe, encéphaloïde) s'accompagnent, à leur période d'état, d'une légère augmentation du nombre des globules blancs. Ce fait est d'autant plus sensible qu'en général il existe en même temps une diminution très notable des hématies.

Les sarcomes (ostéosarcomes, lymphosarcomes) paraissent déterminer une leucocytose encore plus accusée.

Les épithéliomas peuvent être considérés comme ne retentissant pas d'une manière sensible sur l'état du sang, bien qu'en général, chez tous les malades ayant une néoplasie de ce genre, le nombre des globules soit un peu plus élevé qu'à l'état normal.

Ces faits paraissent assez constants pour que l'examen du sang, chez les malades atteints de tumeur, puisse être utile pour le diagnostic. Cependant, le nombre des globules blancs ayant été trouvé exceptionnellement normal dans un cas de squirrhe non ulcéré du sein, l'absence de leucocytose ne permettra pas de repousser le diagnostic de cancer du sein.

L'importance de l'examen du sang au point de vue du diagnostic a été très remarquable dans un cas où il existait un épithélioma du pied. M. Alexandre trouva 14,000 globules blancs; et, en l'absence de complications inflammatoires, il admit la possibilité d'une diathèse cancéreuse. Le malade fut opéré et succomba. A l'autopsie, on trouva plusieurs néoplasmes viscéraux de nature encéphaloïde.

En poursuivant ces recherches, il sera intéressant de déterminer quelles sont les variétés de cancer de l'estomac qui provoquent la leucocytose. Il est probable, d'après les faits concernant les tumeurs des autres organes, que, dans les cas où le nombre des globules blancs reste sensiblement normal, la maladie appelée « cancer de l'estomac » est due au développement d'un épithélioma.

Enfin, on remarquera qu'après les ablations de tumeurs cancéreuses, l'examen du sang paraît pouvoir donner des renseignements précis au point de vue des récidives et des généralisations.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Syphilis. — Pathologie.

I. SUR LA SYPHILIS PIGMENTAIRE, par le docteur MAX BOCKART. (*Monatschrift für prakt. Dermatologie*, janvier 1887). — II. SUR LA DÉFORMATION SYPHILITIQUE DES DENTS, DÉCRITE PAR HUTCHINSON, par le docteur R. OTTE (*Berliner klin Wochenschrift*, 1887, nº 6). — III. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS HÉMORRHAGIQUE, par le docteur HOROWITZ (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1886, nº 3) — IV. UNE OBSERVATION DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE, AVEC ÉRYSIPÈLE INTERCURRENT, par le docteur L. CORTELLA (*Giornale ital. dell mal. Venere e della pelle*, juillet-août 1886). — V. UN CAS DE NÉCROSE SYPHILITIQUE DES OS DU CRANE, par le docteur J. MOLNAR (*Pester medic. Chirurg. Presse*, 1887, nº 9). — VI. SYPHILIS ET CANCER, par le professeur E. LANG (*Wiener medic. Blaetter*, 1886, nºs 41 et 42). — VII. SUR LA CHORÉE SYPHILITIQUE, par le docteur FRANCESCHI (*London medical Record*, 15 janvier 1887). — VIII. HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE, par le docteur F. SCHWARZ (*Wiener medic. Blaetter*, 1886, nº 34).

I. Une jeune fille de 20 ans avait contracté la syphilis dans les premiers jours du mois de janvier 1886. Entrée à l'hôpital le 1er mai, elle présentait l'état suivant : Papules syphilitiques sur les organes génitaux, à l'anus, sur les amygdales et sur l'épiglotte ; engorgements ganglionnaires. Enfin, exanthème confluent au cou, au tronc et sur les membres, constitué par des efflorescences dont les dimensions variaient de celle d'une demie lentille à celle d'un thaler (un peu moins qu'une pièce de cinq francs en argent). Les taches, bien circonscrites, ressemblaient à une roséole syphilitique; sauf qu'au lieu de la teinte cuivrée bien connue, elles étaient d'un brun noirâtre foncé.

Un traitement antisyphilitique fit disparaître rapidement les diverses manifestations, à l'exception des taches pigmentaires qui subsistaient encore au mois d'octobre dernier; à cette époque, elles étaient d'une teinte plus claire, tirant sur le jaune. L'examen histologique d'un lambeau de peau excisé a donné les résultats suivants : Forte pigmentation de la couche de cellules cylindriques et des cellules crénelées ; dans la

---

la médecine à Helmstædt, et en 1671 il occupa en plus la chaire d'histoire et de poésie. Médecin avant tout et des plus habiles, il ne s'en occupa pas moins de métallurgie, de numismatique et surtout d'histoire. Outre ses mémoires sur les ducs de Brunswick (1), sur l'histoire de la *Saxe inférieure*, outre sa Dissertation historique sur l'origine et les progrès de l'exploitation des mines métalliques du Hartz, Henri Meibom s'est fait l'éditeur de chroniques allemandes dans son grand ouvrage en trois volumes in-folio, intitulé : *Rerum germanicorum scriptores* (Helmstædt, 1668).

Ce laborieux médecin mourut à Helmstædt le 26 mars 1700.

(*A suivre*) Dr ALBERTUS.

Bologne pour y consulter un manuscrit entier de Petrone, d'après une indication lue dans la relation d'un voyageur :

Petronius extat Bononiæ,
Hic integer servatur hodiè
Quem vidisse testor.....

Or il s'agissait du corps de saint Pétrone. Le poète Andrieux a raconté en vers cette singulière méprise.

(1) On peut encore citer son travail *De illustris Hamburgicæ gentis origine et progressu*, in-4º, 1683. Est-il besoin de rappeler aux médecins sa Description des follicules sébacés des paupières connus sous le nom de *Meibomieus* (Helmstædt, in-4º, 1666)?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours d'histoire naturelle médicale. Herborisations. — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation à l'Isle-Adam; le dimanche 15 mai 1887. Départ à la gare du Nord, à 8 heures 48 minutes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours pour une place de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie sera ouvert le vendredi 24 juin 1887; les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 23 juin. Le traitement de chef des travaux pratiques est de 1.500 fr., et la durée des fonctions est de six ans.

HOSPICES CIVILS DE ROUEN. — Le jeudi 4 août 1887, un concours aura lieu à l'Hôpital-Général, à trois heures et demie, pour la nomination de médecins adjoints. — Pour les diverses conditions du concours, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire directeur des hospices, à Rouen.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Petit est nommé médecin du bureau de bienfaisance du troisième arrondissement de Paris; M. le docteur Fodéré est nommé médecin du bureau de bienfaisance du septième arrondissement de Paris.

couche cutanée sous-jacente aux papilles, la plupart des vaisseaux de petit calibre étaient oblitérés par des coagulums fibrineux et entourés de pigment. La matière pigmentaire était en partie emprisonnée dans des cellules migratrices ou dans des corpuscules de tissu conjonctif, en partie libre. Il existait des altérations des parois vasculaires, principalement une prolifération de cellules endothéliales et une infiltration de cellules migratrices dans la tunique adventice.

En se basant sur ces résultats, l'auteur croit devoir expliquer la coloration noirâtre de l'exanthème de la façon suivante : La matière colorante du sang s'est transformée en pigment après avoir diffusé hors des vaisseaux thrombosés ; de là, cette matière pigmentaire, entraînée par des cellules migratrices, a gagné le corps papillaire, les cellules du chorion et finalement l'épiderme.

II. M. Otte publie l'observation d'une jeune servante, dont la mère avait contracté la syphilis pendant qu'elle était en état de grossesse. Cette jeune fille était affectée d'une gomme ulcérée du voile du palais ; en outre, elle présentait la déformation bien connue des incisives moyennes et supérieures, qui a été décrite par Hutchinson comme un signe sûr de syphilis congénitale. Après avoir donné une description détaillée de cette déformation, l'auteur fait savoir qu'il est en mesure de fournir, pour une somme minime, des moulages en plâtre reproduisant la conformation des arcades dentaires chez la malade en question.

III. M. Horowitz relate deux cas de syphilis hémorrhagique chez l'adulte, forme rare de cette maladie constitutionnelle. Il n'existait chez les sujets de ces deux observations, hommes vigoureux, aucun autre signe d'une prédisposition hémorrhagipare, et cependant les manifestations d'une syphilis de date récente affectèrent le caractère hémorrhagique, ce que l'auteur attribue à une diapedèse de globules rouges, d'origine inflammatoire. D'après Horowitz, cette forme de la syphilis comporte un pronostic bénin. Pendant qu'ils ont été en cours d'observation, ces deux malades n'ont pas eu de manifestations récidivantes de la syphilis. M. Horowitz a négligé d'ailleurs de parler de l'influence que le traitement spécifique a exercé sur la résorption des produits hémorrhagiques.

IV. Le sujet de l'observation de M. Cortella, une jeune fille de 21 ans, était très en retard dans son développement corporel. Sa mère avait eu la syphilis. Quant à la malade elle-même, elle avait souffert, quelques années avant son entrée à l'hôpital, de tuméfactions articulaires qui avait frappé successivement le genou gauche, le coude droit, l'épaule droite et le genou droit. Au moment de son admission à l'hôpital, la malade portait au niveau des deux épaules de vastes ulcérations entourées d'une zone de tissu cicatriciel ; en outre, on découvrait, en différentes régions, des gommes sous-cutanées envahies en partie par la nécrose. Toutes les épiphyses osseuses étaient tuméfiées ; en certains points, cette tuméfaction atteignait des dimensions colossales. L'articulation du genou gauche était le siège d'un épanchement séreux. Une ankylose maintenait de chaque côté l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras ; les biceps étaient contracturés. Tuméfaction considérable de la rate et du foie ; pas d'albuminurie. Mouvement de fièvre tous les soirs (38°,5). Pendant son séjour à l'hôpital, la malade a eu deux poussées d'érysipèle à la face, au sortir desquelles la fièvre syphilitique tomba. Au moment de sa sortie, on lui avait fait prendre en tout 495 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur, 0 gr. 67 de sublimé en injections sous-cutanées ; plus des frictions mercurielles sur les jointures tuméfiées.

Sous l'influence de ce traitement, il s'était produit une amélioration considérable de l'état général : le poids corporel, de 36 kilogr., s'était élevé à 53 kilogr. Les ulcérations superficielles s'étaient cicatrisées ; la tuméfaction des épiphyses s'était dissipée. Il ne subsistait plus qu'un léger épanchement du genou gauche et un épaississement du fémur droite. Le foie et la rate étaient revenus à leur volume normal.

En donnant cette observation comme un exemple curieux de syphilis héréditaire tardive, M. Cortella ajoute qu'une partie des résultats thérapeutiques obtenus chez cette malade doit être attribuée à l'influence salutaire de l'érysipèle intercurrent.

V. Un homme, âgé de 33 ans, était entré à l'hôpital de Pesth (1er juillet 1886), pour des accidents syphilitiques secondaires. Trois années auparavant, en tombant d'une échelle, il s'était heurté la tête contre un obstacle résistant. A cet endroit, il se fit un empâtement qui s'ouvrit ensuite au dehors, en donnant lieu à de la suppuration. Au moment de son admission à l'hôpital, le malade était en état de cachexie ; il portait sur le milieu de la région pariétale plusieurs ulcérations à bords déchiquetés, communiquant les unes avec les autres, et qui sécrétaient un pus fétide. Avec une sonde, on atteignait l'os à nu. Les ganglions du cou et de la nuque étaient engorgés ; au fond de la gorge se voyait une ulcération d'aspect lardacé.

En dilatant les trajets fistuleux à la surface du pariétal, on réussit à extraire un fragment d'os nécrosé, de 8 centimètres de largeur ; en même temps, il sortit une grande quantité de pus de l'excavation béante. Au fond de celle-ci, on découvrait la dure-mère, tapissée par des produits inflammatoires en voie d'organisation ; on distinguait très nettement les pulsations du cerveau. Au quatrième jour se développa un érysipèle du cuir chevelu, qui aboutit à la formation de plusieurs abcès. Après la guérison de cet érysipèle intercurrent, la cicatrisation de la plaie fit des progrès rapides ; le travail de réparation partait des bords de la solution de continuité du pariétal, allant de la lame vitrée vers la surface libre du cerveau, qui fut bientôt recouverte en totalité d'une couche osseuse protectrice. Après 195 jours de traitement, le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri. On lui avait fait prendre de l'iodure de potassium à l'intérieur, et on avait fait des applications caustiques au siège de la nécrose.

VII. Dix années environ après une contamination syphilitique, un homme d'une quarantaine d'années fut affecté de gommes sous-cutanées ; en même temps, il s'était formé sur le plancher de la bouche, au-dessous de la langue, un foyer d'infiltration du volume d'une amende, de consistance moyenne, douloureux, ulcéré par endroits et, en d'autres, parsemé de proliférations papillomateuses. Un traitement antisyphilitique amena la fonte rapide des gommes sous-cutanées ; au contraire, l'infiltration buccale prit de plus en plus les caractères d'une tumeur carcinomateuse. Le malade succomba aux progrès du mal.

Une seconde observation, relatée par M. Lang, concerne un homme de 38 ans, syphilitique, qui portait, sur la moitié droite de la lèvre inférieure, un foyer d'infiltration avec sur-

face ulcérée, sécrétant du pus, indurée à sa base. Cet accident local se dissipa sous l'influence d'un traitement interne par l'iodure de potassium, avec applications topiques de préparations mercurielles et cautérisations au nitrate d'argent. Un an plus tard, il se développait en ce même endroit un ulcère saillant, à la surface duquel on faisait sourdre, par la pression des doigts, des bouchons ponctiformes d'un blanc-jaunâtre, comme cela se voit à la surface des carcinomes plats ulcérés. On procéda à l'extirpation de l'ulcère. L'examen histologique fit voir, à côté d'une infiltration syphilitique, une prolifération épithéliale, en tout semblable à celle des tumeurs carcinomateuses.

Chez un troisième malade, syphilitique avéré, dont la lèvre inférieure était envahie par une tumeur n'arrivant pas jusqu'au rebord libre, on avait cru d'abord à une gomme. Devant l'inefficacité du traitement spécifique, on procéda à l'extirpation du néoplasme. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome.

VII. Un jeune homme de 18 ans, d'une mine florissante, fut atteint d'une chorée violente généralisée. Un mois durant, on le traita par les remèdes communément usités contre cette maladie : électricité, bains sulfureux, strychnine, hyosciamine, etc.; rien n'y fit. On apprit alors qu'environ six mois auparavant le malade avait eu un chancre mou. Quoiqu'il ne subsistât aucune trace d'un engorgement ganglionnaire ou de quelque autre accident propre à justifier le diagnostic de syphilis, M. Franceschi se décida à soumettre son malade à un traitement mercuriel. En l'espace de trois jours, les mouvements choréiques cessèrent. Mais le développement d'une salivation mercurielle nécessita la suspension du traitement; aussitôt, retour des secousses choréiques. On institua de nouveau un traitement par les mercuriaux associés à des préparations iodées et ferrugineuses. Le malade guérit complètement. Le traitement fut continué pendant six mois. M. Franceschi conclut que dans un cas de chorée grave chez un adulte on devra dorénavant se préoccuper des relations éventuelles de la maladie nerveuse avec une infection syphilitique antécédente. Mais, pour qu'un pareil rapport étiologique fût admissible, il faudrait des observations plus concluantes que celle de M. Franceschi.

VIII. Un enfant de 3 ans fut pris subitement des symptômes d'une hémiplégie spasmodique sans perte de connaissance, sans fièvre. Les accidents débutèrent par une contracture avec secousses cloniques des fléchisseurs de l'avant-bras, de la main et des doigts à droite; puis le spasme envahit les fléchisseurs du pied droit, les muscles innervés par le facial à gauche. De ce même côté, nystagmus; secousses convulsives dans la langue. Peu de temps après, paralysie de la moitié gauche de la face; paralysie de plus en plus accusée des membres du côté droit. L'hémiplégie était complète au bout de huit jours, mais ne persista que peu de temps.

Malgré que cet ensemble de manifestations différât essentiellement du tableau de l'hémi-épilepsie syphilitique, M. Schwarz crut néanmoins devoir attribuer une origine syphilitique aux accidents présentés par l'enfant. Le père avait contracté la syphilis huit années auparavant; il avait été affecté d'une hémiplégie consécutive à une endartérite syphilitique, avec embolie ou thrombose de l'artère de la fosse sylvienne, qui fut amendée par un traitement mercuriel. Vers la même époque, la mère fut infectée par le mari. Elle fut soumise à un traitement mercuriel. Depuis lors, les parents de l'enfant n'avaient plus présenté de manifestations apparentes de la syphilis. La lésion anatomique qui, chez l'enfant, avait donné lieu aux accidents de l'hémiplégie spastique, devait être, à l'idée de Schwarz, une gomme syphilitique située à la surface des circonvolutions cérébrales.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, par le docteur Robert Barnes et le docteur Fancourt Barnes, traduit et annoté par le docteur A.-E. Cordes. — Paris, 1886, G. Masson, éditeur.

Le nom de Barnes, si connu des accoucheurs, dispense d'insister sur la valeur scientifique de l'ouvrage que nous présentons.

La première partie embrasse la grossesse; la seconde renferme l'histoire du travail, son mécanisme, ses accidents, y compris les ruptures et l'hémorrhagie, la physiologie du nouveau-né et les soins à lui donner, le puerpérisme, ses accidents, la description des maladies auxquelles la femme en couches est exposée, l'allaitement, enfin la description des opérations.

On trouve condensés dans ce volume tous les travaux si remarquables du célèbre accoucheur anglais. Nous n'avons pas ici à en faire une analyse critique : les différences de doctrine seront au reste aisément saisies par le lecteur. Les documents cliniques, les conseils judicieux, abondent dans l'ouvrage et rendent la lecture attrayante et utile.

Nous ne saurions trop remercier le docteur A. Cordes du soin qu'il a apporté à cette traduction, de la fidélité et de l'élégance avec lesquelles il a rendu les idées des auteurs anglais, du choix des annotations qui mentionnent les travaux les plus récents et qui mettent exactement le lecteur au courant des progrès de la science.

Science et art des accouchements, par le docteur William Thompson Lusk, traduit et annoté par le docteur Doléris, précédé d'une préface par le professeur Pajot. — Paris, Georges Steinheil, éditeur.

L'auteur débute par l'anatomie des organes génitaux de la femme et renvoie l'ostéologie, le bassin, au mécanisme de l'accouchement. Ce mode d'expostion n'a pas grand avantage, d'autant plus que les notions d'anatomie doivent être parfaitement connues du lecteur et ne peuvent avoir d'autre but que de rafraîchir sa mémoire.

D'une façon générale, les notions d'anatomie, d'embryologie, semblent devoir être placées naturellement au début de tout ouvrage d'accouchements, sinon supprimés complètement, ce qu'on arrivera un jour à faire. Laissons à chaque science son autonomie propre.

L'auteur décrit encore les cinq temps classiques de l'accouchement. Il s'étend sur la conduite à tenir pendant la délivrance et se déclare partisan de la délivrance par *expression*. Il croit à l'anesthésie sous la narcose.

Viennent ensuite les chapitres sur les *grossesses multiples*, les *accidents de la grossesse*.

Dans les avortements incomplets, le docteur Lusk est partisan de l'intervention.

La pathologie du travail, la chirurgie obstétricale, donnent à l'auteur l'occasion d'exposer ses idées et sa pratique.

On doit féliciter M. Doléris d'avoir, dans ses annotations, exposé et défendu en beaucoup de points importants les idées françaises et d'avoir ainsi donné une grande extension à l'ouvrage américain.

Du moment que les auteurs étrangers ne citent pas en général les travaux français, M. Doléris aurait pu se montrer moins prodigue de noms exotiques et réserver une part plus large encore à bien des recherches récentes de ses compatriotes.

L'ouvrage de Lusk mérite d'attirer, par les soins qui ont été apportés à sa confection et à la traduction française, l'attention des accoucheurs français, qui apprendront ainsi à juger de la science et de la pratique des accoucheurs américains.

Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine, par le docteur Ch. Maygrier. — Thèse d'agrégation. — O. Doin, éditeur.

Après avoir rappelé que l'histoire de la grossesse extra-utérine est de date récente et montré les diverses variétés qui ont été admises, l'auteur résume la question. La grossesse tubaire ne fait doute pour personne; c'est la plus fréquente; elle se divise en variétés tubaire, tubo-abdominale ou tubo-ovarique. La grossesse abdominale ou péritonéale est également acceptée par tous les auteurs; elle est primitive ou secondaire. Quant à la grossesse ovarique, niée par quelques-uns, le mémoire de Puech paraît avoir démontré son existence.

L'étude des terminaisons peut se diviser en deux chapitres : 1° rupture du kyste fœtal; 2° rétention du kyste.

La rupture de la poche contenant le fœtus est un accident des plus graves. Il survient du deuxième au quatrième mois de la gestation. La mort, quelquefois instantanée, peut ne survenir qu'au bout de quelques heures.

Le diagnostic des cas de ce genre est fort difficile; on a cru parfois à un empoisonnement. L'autopsie montre un épanchement de sang considérable dans la cavité abdominale et, au milieu des caillots, sur l'un des côtés de l'utérus, un œuf qui s'est échappé de la trompe rompue.

La malade peut survivre quelques jours pour succomber pendant une deuxième crise.

Au danger de l'hémorrhagie vient se joindre celui de la péritonite soit suraiguë, soit à marche lente et plus tardive.

La guérison est exceptionnelle.

La fréquence de la terminaison par rupture n'est pas la même pour les différentes espèces de grossesse extra-utérine.

C'est dans la grossesse tubaire que cet accident est le plus fréquent.

Quand le fœtus succombe, la femme n'est plus exposée au danger de la rupture, mais toute une série de complications peuvent se produire.

La rétention sans accidents est très rare. Elle s'observe surtout lorsque la mort du fœtus arrive dans les premiers temps de la grossesse, mais alors le diagnostic de grossesse extra-utérine est très difficile.

A une époque plus avancée, le doute n'est plus permis. Le kyste fœtal subit diverses modifications : résorption du liquide amniotique, rétraction du kyste, épaississement des parois qui prennent un aspect fibreux et peuvent s'incruster de sels calcaires; dégénérescence adipeuse du fœtus ou momification et même calcification.

Les accidents compromettant la vie de la femme ont généralement pour origine la putréfaction du fœtus, d'où péritonite, septicémie.

Le kyste fœtal peut amener des compressions, une occlusion intestinale; un travail inflammatoire, dans d'autres cas, établit la communication du kyste avec l'extérieur ou la cavité d'un viscère voisin.

Viennent ensuite quatre chapitre consacrés au traitement. Traitement pendant les premiers mois, au moment de la rupture du kyste, pendant la deuxième moitié de la grossesse, l'enfant étant vivant. Traitement pendant la rétention, gastrotomie, élytrotomie.

Des observations nombreuses sont fournies par l'auteur.

Dans ce travail fort instructif et dont nous regrettons, faute de place, de n'avoir pu donner qu'une l'analyse trop courte, nous retrouvons les qualités qui distinguent le jeune professeur. Une science solide, une exposition claire, ne se perdant jamais dans des détails superflus, un choix excellent de documents, une critique judicieuse, font que le travail du docteur Maygrier doit être lu, médité par tout accoucheur.

De la conduite a tenir dans les cas de placenta prœvia, avec 14 figures, par le docteur A. Auvard. — Thèse d'agrégation. — O. Doin, éditeur.

Dans le cas de placenta prœvia, l'hémorrhagie est le principal symptôme; c'est contre elle que l'accoucheur doit agir.

Dans deux pages, l'auteur expose les diverses opinions des auteurs sur la pathogénie de l'hémorrhagie; il eût peut-être été instructif de s'étendre davantage sur cette pathogénie et de montrer que ce sont des idées théoriques qui ont conduit aux divers modes de traitement tour à tour proposés par les auteurs. Les relations de la thérapeutique avec la pathogénie eusent constitué un chapitre d'une lecture attrayante.

L'auteur, après avoir divisé le *placenta prœvia* en *simple* et *compliqué*, fait l'exposé des différentes méthodes de traitement : seigle ergoté, injections vaginales, tamponnement, accouchement forcé, rupture des membranes, etc.

Des observations et des statistiques terminent le travail.

Cette thèse est très complète; chaque méthode s'y trouve décrite à sa place et parfaitement bien.

Sans entrer dans quelques critiques de détail, nous ne pouvons nous empêcher de regretter que l'auteur n'ait pas cru devoir donner quelque envergure à son travail, qu'il a pour ainsi dire réduit comme à plaisir. La concision n'est pas la sécheresse; ce n'est pas une table de matière ou quelques tableaux synoptiques que nous attendions.

Tronsseau, ayant à traiter un sujet de cette importance, ne se fût certes pas contenté d'une énumération simple et indifférente; il eût tracé avec son sens critique et en clinicien la conduite que, dans chaque cas, il convient de tenir et eût rendu à la fois attrayant à la lecture et utile son travail.

Quoi qu'il en soit, nous trouvons réunies dans ces pages tous les travaux qui ont paru sur la question. Le lecteur en tirera donc profit.

Marius Rey.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.
O. Doin, éditeur.

Les docteurs Filleau et Petit ont publié dans le « Bulletin du laboratoire de recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire » le résultat de leurs travaux. Ils se sont servis d'injections hypodermiques faites tous les jours ou tous les deux jours, avec les solutions : iodo-phéniquée, iodo-thymique, chloroformée et sulfitée, employées seules ou associées ensemble.

Ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

Les antiseptiques agissent d'une façon remarquable contre la phthisie, à la condition que le traitement soit continué longtemps et d'une façon régulière. Ils doivent être introduits par la voie hypodermique.

Le microscope décèle dans l'examen bacillaire des modifications constantes sous l'influence du traitement.

LA TUBERCULOSE. — PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT, par le docteur FLEUROT. — O. Doin, éditeur.

L'auteur a résumé dans son travail les différentes notions que l'on a sur la diathèse tuberculeuse et le tubercule. La diathèse tuberculeuse ne se révèle à nous que par ses effets sur l'organisme ; ces effets ne sont autres qu'une perversion de la nutrition consistant essentiellement dans la prédominance de la désassimilation sur l'assimilation.

Cette perversion se manifeste par le tubercule lui-même : une ou plusieurs cellules épithéliales contiguës, ressentant plus que leurs voisines les effets de la nutrition intense à laquelle elles sont soumises par suite de la perversion de la nutrition, repassent à l'état embryonnaire. Elles se mettent à se segmenter, à proliférer activement ; bientôt apparaît une petite tache blanche constituée uniquement par des cellules épithéliales fortement tassées les unes contre les autres : c'est le follicule tuberculeux. Il arrive ordinairement que dans ce follicule les cellules du centre, plus fortement tassées encore que les autres, se soudent entre elles, leurs parois se résorbent, et il ne reste plus que les noyaux qui continuent à se segmenter, si bien qu'à un moment donné on a sous les yeux l'image d'une grande cellule avec des noyaux nombreux : c'est la cellule géante.

Les microzymas mis en liberté par la destruction des éléments constituant la cellule géante s'infiltrent dans le follicule et, arrivés à la limite de la membrane épithéliale, ils envahissent les cellules conjonctives de l'organe. Sous leur influence, les éléments contigus au follicule se mettent aussi à proliférer, lui formant ainsi une ceinture plus ou moins large de cellules qui ne sont plus épithéliales, mais qui se comporteront dorénavant comme telles et auront les mêmes destinées.

Alors se trouve constituée la granulation grise, dont la couleur grise persiste tant que les cellules continuent à vivre. Mais, bientôt, gênés dans leur nutrition par la compression qu'ils exercent l'un sur l'autre, les éléments cellulaires du follicule ne tardent pas à mourir. Un petit point jaunâtre se montre alors au centre du follicule, et le changement de couleur s'étend successivement à la granulation entière, qui a perdu la consistance ferme et la couleur grise pour prendre la consistance et la couleur du fromage. C'est là l'état caséeux dû exclusivement à ce qu'à ce moment, toutes les cellules sont mortes ; la granulation grise devient alors le tubercule cru.

Le tubercule cru ne présente plus traces d'organisation ; les cellules ont disparu. On ne trouve plus que leurs débris (corpuscules tuberculeux de Lebert) et quelques rares noyaux atrophiés.

L'auteur passe ensuite en revue les signes de la tuberculose pulmonaire et le traitement ; il essaye de montrer que tous les efforts du médecin doivent être dirigés contre la diathèse tuberculeuse, le tubercule étant au-dessus des ressources de l'art. Le traitement consistera surtout à empêcher la désassimilation de l'emporter sur l'assimilation : une bonne hygiène, une nourriture choisie et abondante arriveront à ce but.

A. M.

REVUE DES THÈSES

DE LA COEXISTENCE DE PLUSIEURS DÉLIRES D'ORIGINE DIFFÉRENTE CHEZ LE MÊME ALIÉNÉ ON DE PLUSIEURS INTOXICATIONS CHEZ LE MÊME ALIÉNÉ, par le docteur LUCIEN DÉRICQ. — Thèse de Paris, 1886.

M. Magnan s'est attaché à démontrer, dans ces dernières années, la possibilité pour le clinicien de démêler chez un même aliéné plusieurs délires de nature différente, vésanique, névrosique et toxique. Plusieurs de ses élèves ont depuis publié des travaux sur ce sujet, et c'est également à cette question que M. Déricq, son ancien interne, a consacré sa thèse. Sans parler du fond même de la doctrine soutenue dans ce travail, doctrine qui, absolument vraie sur certains points, nous paraît peut-être un peu exagérée sur d'autres, nous nous bornerons à reproduire les principales conclusion de la thèse bien pensée et bien écrite de M. Dericq :

1° La coexistence de plusieurs délires d'origine différente, ou de plusieurs intoxication, chez le même aliéné, doit être considérée comme une réalité clinique. Cette réalité clinique n'est pas une rareté clinique, mais un sujet d'études que le médecin-specialiste doit s'attendre à rencontrer, pour ainsi dire, à chaque pas.

2° La connaissance de ces faits peut aider grandement le médecin légiste dans l'appréciation qu'il est chargé de donner à la justice sur l'état mental d'un inculpé.

3° Le diagnostic se pose, grâce à des points de repère que les progrès de la science mentale précisent de plus en plus et qui permettent de rapporter, à chaque entité morbide, les manifestations qui lui appartiennent.

4° Les différents délires peuvent se juxtaposer, s'enchevêtrer ou se masquer tour à tour. Il est donc indispensable de suivre pas à pas la marche des accidents sous peine de ne point reconnaître toute la complexité clinique.

5° Un traitement particulier peut et doit être institué pour chaque modalité délirante.

6° L'étude des coexistences fournit des notions intéressantes sur les transmissions et les transformations héréditaires des maladies mentales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA STOMATITE DANS LA ROUGEOLE, par C. JULIEN. — Thèse de Paris, 1886.

La plupart des auteurs qui ont traité de la rougeole signalent la stomatite comme susceptible de se montrer dans le décours de la pyrexie. Ce n'est pour eux qu'un accident sans importance, ne méritant pas le nom de complication, particulièrement caractérisé par des lésions siégeant soit sur les lèvres, soit sur les gencives, soit sur tout autre point de la muqueuse boccale.

La rougeur uniforme de la stomatite érythémateuse peut faire place, dans les rougeoles graves, à de petites plaques blanc grisâtres, demi-transparentes, très pen épaisses, caractéristiques de la forme exsudative, se distinguant de la diphtérie secondaire par son évolution toute locale et par son peu de gravité. Elle indique un mauvais état général et demeure une porte onverte au contage, l'observation journalière démontrant la possibilité d'une véritable complication diphtérique.

CH. A.

NOTES & INFORMATIONS

LES CHIRURGIENS DU BUREAU CENTRAL. — Depuis 1830, les chirurgiens dn Bureau central étaient nommés pour cinq ans et, à l'expiration de ce service, attendaient, tout en faisant des snppléances, qu'une place de chirurgien titulaire devînt vacante. Leur sortie du Bureau central laissait ainsi, par une sorte de roulement, deux on trois places vacantes en moyenne par année. Un arrêté, en date du 8 juillet 1886, a modifié cette disposition et établi que les chirurgiens du Bureau central y resteront jusqu'à ce qu'une vacance se produise dans les hôpitaux. Il en résulte que le nombre des places vacantes de chirurgien dn Bureau central sera notablement diminué; ainsi, avec le nonveau règlement, il n'y aura qu'une place à donner en 1887, tandis qne, d'après l'ancien, il y en aurait trois.

Cette modification a vivement ému les jeunes chirurgiens candidats au Bureau central, dont elle lèse les intérêts. Aussi se sont-ils entendus ponr adresser au Conseil de surveillance de l'Assistance publique nne réclamation dont nous reproduisons les points principaux. Après avoir rappelé l'ancien mode de recrutement, ils continuent ainsi :

« C'est en escomptant ce mode de recrutement qu'un grand nombre de candidats se sont engagés dans la voie longue, laborieuse et peu lucrative des concours de chirurgie.

« Actuellement, ces candidats sont au nombre de 25 ; tous ont servi l'Assistance pnblique en qualité d'internes : ce sont des prosecteurs, des chefs de clinique, des professeurs agrégés de la Faculté. Ils ont de 28 à 45 ans ; la plupart ont déjà subi plusieurs concours, 2, 4, 6 ou 10. — La moyenne de leur âge est de 34 ans 1/2 ; la moyenne de l'âge auquel les chirurgiens en exercice ont été nommés an Bureau central est de 32 ans. Ils sont donc encore candidats à un âge de près de trois ans supérieur à celui auquel leurs maîtres entraient au Bureau central.

« Il est inutile, et nous aurions mauvaise grâce à le faire, d'insister sur la somme des années de travail et de sacrifices représentées par ces 25 candidats.

« Et voici qne, brusquement, an moment où les besoins de la chirurgie moderne nécessitent la création de nouveaux services et le dédoublement de quelques autres, multipliant ainsi le nombre des places et légitimant les travaux et les espérances des candidats de plus en plus nombreux, voici que ces mêmes candidats ont appris qu'ils n'auraient qn'une place en 1887, alors qn'en vertu dn Règlement ils avaient droit de compter sur trois.

« Ils se sont informés, et on leur a dit qu'un arrêté du 8 juillet 1886 a supprimé l'article 22, et que désormais les chirurgiens du Bureau central y resteront jusqu'à ce qu'une vacance se produise dans les hôpitaux. De ce changement, qui anéantit toutes leurs espérances, personne ne les avait prévenus.

« Chacun de nous, Messieurs, pris isolément, n'est rien; ensemble, nons croyons représenter une part importante de l'avenir de la chirurgie française.

« Messieurs, il ne peut entrer dans notre pensée de discuter les motifs ou l'opportunité de la snppression de l'article 22; nons venons simplement vons dire ceci :

« Sur la foi d'un article dn Règlement en vigueur depuis 1830, un certain nombre d'hommes, au prix des sacrifices qne vons savez, se sont engagés dans une voie que l'on vient de fermer brusqnement, on tout au moins de rétrécir dans une mesure désespérante pour la plupart. La brusque suppression de cet article, c'est pour la plupart d'entre nous l'abandon forcé de toute espérance, la carrière brisée.

« Confiants dans la bienveillance et l'esprit de justice du Conseil de surveillance, nous venons vous demander, Messieurs, de bien vouloir atténuer dans la mesure qui vous paraîtra juste et nécessaire une transition dont la brusquerie compromet gravement les intérêts de toute une génération de candidats.

« Veuillez agréer, etc.

« *Signé :* Barette, Beurnier, Broca, Castex, Chapnt, Coudray, Garnier, Guinard, Hache, Hallé, Jarjavay, Jullien, Labbé, Ménard, Michaud, Nepven, Petit-Vendol, Ozenne, Picqué, Poirier, Remy, Ricard, Tuffier, Verchère, Walther. »

Cette pétition est chaudement appuyée par MM. les professeurs Verneuil, Trélat, Guyon, Duplay. Il est probable qu'on y fera droit, ainsi que c'est justice, dans la mesure du possible.

— CANDIDATURES A L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — Le nombre des candidats à la succession de Paul Bert, à l'Académie des sciences, ne laisse pas d'être assez considérable. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. Bouchard, Brouardel, Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux, Ch. Richet, Rouget, Germain Sée et Villemin. D'après le journal le TEMPS, la section de médecine les aurait classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bouchard.

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Brouardel, Rouget, Sée et Villemin.

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux, Ch. Richet.

INSTITUT PASTEUR. — Statistique des personnes traitées à l'Institut pendant le mois de mars 1887 : Français et Algériens, 121 ; étrangers, 50. Total, 171.

Chez 28, la rage a été reconnue par l'inoculation positive du bulbe, ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps que les personnes traitées ; elle a été constatée par observations vétérinaires chez 115; enfin, 28 des personnes traitées ont été mordues par des animaux simplement suspects de rage.

Un des individus appartenant à la première catégorie, le nommé Sans, mordu par nn loup enragé et cautérisé au fer rouge quatorze heures après, est mort de rage à Paris dans le cours dn traitement.

R. F. D.

NOUVELLES

Hospices de Marseille. — Le lundi 17 octobre 1887, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour trois places de chefs internes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices, à Marseille.

Service de santé militaire.—Par décret en date du 2 mai 1887, les articles 4 et 5 du décret du 10 janvier 1884, relatifs à l'admission et à l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de l'armée de réserve et de l'armée territoriale sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 4. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de médecin-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve et au grade de major de première classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens appartenant à l'une des catégories suivantes :

Médecins et pharmaciens professeurs titulaires dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes et les Ecoles supérieures de pharmacie.

Art. 5. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens professeurs agrégés dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes, les Ecoles de médecine et les Ecoles supérieures de pharmacie; les chefs de clinique, ainsi que les médecins et pharmaciens qui remplissent les emplois de médecins, de chirurgiens ou de pharmaciens d'hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours. »

— Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Le ministre de la guerre a décidé, le 26 mars 1887, qu'un concours pour l'admission aux emplois dr service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon. Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1887, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu :

A Paris,	le 6 septembre
A Nancy,	le 13 »
A Lyon,	le 16 »
A Montpellier,	le 20 »
A Bordeaux,	le 23 »

Les candidats admis seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent, à la fois, un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une faculté de médecine, ou une faculté mixte, ou une école de plein exercice, ou une école préparatoire, savoir :

Paris, Nancy, Montpellier, Lille Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Arras, Amiens, Rouen, Reims, Besançon, Dijon, Tours, Angers, Rennes, Limoges, Clermont-Ferrand, Grenoble, Toulouse et Alger.

Les élèves du service de santé militaire, attachés à une ville ne possédant pas une faculté de médecine, devront, après leur troisième année d'études, désigner la faculté près de laquelle ils désireront achever leurs études et résider dans la ville où celle-ci est placée.

Conditions d'admission :

Les étudiants ayant de 4 à 16 inscriptions (pour le doctorat) validées sont admis à concourir.

Les candidats devront être classés, d'après le nombre de leurs inscriptions, dans l'un des groupes suivants :

1o Etudiants ayant, au minimum, 4 inscriptions et 7 au maximum ;
2o Etudiants ayant, au minimum, 8 inscriptions et 11 au maximum ;
3o Etudiants ayant, au minimum, 12 inscriptions et 15 au maximum ;
4o Etudiants ayant, au minimum, 16 inscriptions.

Nul ne peut être admis au concours, s'il n'a préalablement justifié :

1o Qu'il est Français ou naturalisé ;
2o Qu'il a eu, au 1er janvier de l'année du concours :
Moins de 22 ans, pour les élèves à 4 inscriptions ;
Moins de 23 ans, pour les élèves à 8 inscriptions ;
Moins de 24 ans, pour les élèves à 12 inscriptions ;
Moins de 25 ans, pour les élèves à 16 inscriptions ;
3o Qu'il est apte à servir activement dans l'armée.

Cette aptitude sera constatée par un certificat délivré par un médecin militaire, du grade de major de deuxième classe au moins.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

— Par décision ministérielle, en date du 6 mai 1887, M. Coindreau, médecin aide-major de première classe, est détaché à l'hôpital militaire de Barèges pendant la durée des saisons thermales, aux lieu et place de M. le médecin aide-major de première classe Girardeau.

— Par arrêté préfectoral, M. le professeur Labéda a été nommé professeur d'anatomie à l'Ecole des beaux-arts de Toulouse, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon reprendra ses conférences sur la thérapeutique infantile le mercredi 18 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 1er au samedi 7 mai 1887

Fièvre typhoïde 10.—Variole 11.—Rougeole 43.— Scarlatine 8. — Coqueluche 12.— Dipthérie, croup, 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 230.— Autres tuberculoses 39. — Tumeurs : Cancéreuses 30. — Autres 10. — Méningite 38. — Congestion et hémorr. cérébr. 66. — Paralysie 4. — Ramollissement cérébral 8. — Maladies organiques du cœur 62.—Bronchite aiguë 27. — Bronchite chronique 45. — Broncho-pneumonie 27. — Pneumonie 89. — Gastro-entérite : Sein 34. — Biberon 35. — Autres 6. — Fièvre et périt. puerpérales 3.— Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 25. — Suicides 18. — Autres morts violentes 11.— Autres causes de mort 208. — Causes inconnues 3.— Total de la semaine: 1.165 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertèbrés. — Déductions physiologiques et chirurgicales (strabisme), avec gravures et planches, par le docteur Motais, chef des travaux anatomiques libre à l'Ecole de médecine d'Angers. — Paris, 1887, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses. Recherches cliniques, par L. Lichtwitz, docteur en médecine de la Faculté de Vienne et de la Faculté de Bordeaux. Un volume grand in-8 de

182 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 10, rue Hautefeuille.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les Dictionnaires, par le docteur P. Garnier, 22e année (1886). Un fort volume in-12. — Prix : 7 fr. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Cet ouvrage contient l'analyse des principaux travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, sur les sciences médicales, les communications faites aux Sociétés savantes et le résumé des discussions auxquelles elles ont donné lieu, la bibliographie des publications scientifiques les plus importantes. Ce livre est indispensable au médecin qui veut faire des recherches ; le classement alphabétique adopté par l'auteur permet de suivre commodément, dans les années successives de cette publication, l'historique de toutes les questions intéressantes.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 21 21 MAI 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de **RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

HYGIÈNE MILITAIRE

De l'eau dans l'étiologie de certaines épidémies. — Des divers procédés de stérilisation. — De l'ébullition en particulier, par le docteur Charles Amat, médecin-major.

Dans un mémoire, récemment récompensé par l'Académie de médecine, nous faisions ressortir le rôle exercé par l'eau dans l'éclosion et la propagation de certaines affections épidémiques.

Sans nous arrêter à rechercher la nature du corps du délit, nous en appelions à notre pratique en Algérie, pour affirmer que le hameau de l'Oued Oéboudj avait vu en 1882 sa morbidité malarique s'amoindrir subitement par l'aménagement d'une bonne eau de boisson; aux judicieuses enquêtes de MM. Marey et Laboulbène, au consciencieux travail de M. Thoinot..... démontrant le danger des eaux au point de vue de la dissémination du choléra; aux recherches de Dionis des Carrières, de Hœgler (de Bâle), de von Vyos et Cramer... constatant que la fièvre typhoïde peut résulter de l'ingestion d'eaux adultérées; enfin à nos études personnelles sur les épidémies de dysentérie de Saint-Germain, dues, ainsi que les lecteurs du journal peuvent se le rappeler, au mélange d'eaux de Seine aux eaux des étangs de Retz.

L'étiologie par l'eau, soumise à de fréquentes alternatives d'excessive faveur et de véritable dédain, aussi facilement acceptée par les uns qu'elle était systématiquement repoussée par les autres, ne pouvait s'appuyer jusqu'à ces derniers temps que sur les résultats bien peu probants fournis par l'analyse chimique : une science sœur, la bactériologie, devait seule lui permettre d'aborder de plus près le difficile problème de la nature des corps dont la présence dans l'eau confère à celle-ci des propriétés spécifiques (Arnonld).

M. Proust, utilisant le procédé basé sur la liquéfaction de la gélatine pour la culture des germes, n'avait pas plutôt fait connaître à l'Académie de médecine (21 octobre 1884) la teneur bactériologique des différentes eaux de Paris que M. Durand-Claye démontrait à l'aide de ses ingénieux graphiques (31 mars 1885) l'excessive morbidité typhoïdique et cholérique éprouvée par les quartiers où la plus grande quantité d'eau de l'Ourcq avait été consommée.

A l'heure actuelle, la question de l'adultération des eaux comme cause d'épidémies est à l'ordre du jour. Elle inspire la récente conférence de M. Brouardel à la Sorbonne; elle provoque la communication de M. Nicolas sur l'alimentation en eau potable des chantiers de Panama; elle fait rechercher et découvrir par M. Thoinot le bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau de la Seine à Ivry, c'est-à-dire en amont de Paris, presque au moment où M. Cornil vient nous démontrer, au nom de MM. Chantemesse et Widal, que cette affection se déclare 18 à 20 jours après distribution d'eau contaminée, que les pro-

FEUILLETON

Examen du projet de loi du gouvernement sur l'exercice de la médecine, étude par le docteur A. Riant, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France

Suite. — Voir le numéro 19.

VII. — *Interdiction du cumul de la médecine et de la pharmacie*

Art. 14. — L'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien est interdit, même en cas de possession des deux diplômes, conférant le droit d'exercer ces professions.

Toutefois, tout docteur en médecine ou officier de santé exerçant dans des localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance de 4 kilomètres, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie, à l'exception de la patente.

Aucune disposition de la loi de ventôse an XI, pour l'exercice de la médecine, ni de la loi de germinal, même année, pour l'exercice de la pharmacie, ne prohibait l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.

On avait bientôt reconnu la nécessité d'interdire au praticien un cumul, par suite duquel il se trouvait placé entre son intérêt et son devoir, et où, fût-il honnête, il lui était difficile d'échapper, vis-à-vis du malade, au soupçon d'allonger à dessein ses ordonnances, pour grossir son bénéfice.

Aussi, l'article 42 du projet Salvaudy établissait-il déjà (1847) l'incompatibilité des professions de médecin et de pharmacien.

Comme tant d'autres, ce projet n'aboutit pas, et la jurisprudence se montra très variable dans les nombreux cas qui furent déférés aux tribunaux.

La loi de germinal avait dû permettre (art. 27) aux médecins établis dans des localités *dépourvues de pharmacien,* de fournir des médicaments à leurs clients.

Le second paragraphe de l'article 14 du projet est moins large que la loi de germinal; il autorise le docteur en médecine ou l'officier de santé *exerçant dans des localités où il n'y a pas d'offi-*

cédés d'incubation sont variables suivant la richesse de cette même eau en microbes pathogènes et qu'il suffit d'une ébullition de quelques minutes pour stériliser les liquides et bouillons riches en bacilles et en spores typhoïdiques.

I

Rejetant un absolutisme trop rigoureux qui fait constamment tourner les regards du côté de l'eau pour y trouver un agent soit banal, soit spécifique, il n'en reste pas moins certain et absolument démontré qu'elle peut, dans certaines conditions de constitution ou de mélange, occasionner des épidémies.

Les pratiques autrefois employées pour rendre les eaux inoffensives visaient plus spécialement leurs propriétés physiques et chimiques; recherchant de nos jours l'élimination ou la destruction de l'agent morbifique, l'efficacité des moyens se juge par la façon dont on approche le plus de ce but.

La décantation, considérée jusqu'à présent comme de peu de valeur, a cependant une réelle importance, si l'on en juge par les recherches originales de Hermann Fol et L. Dunant, démontrant qu'un repos de huit jours permet à l'eau de se dépouiller de 94 0/0 des germes qu'elle renferme. La filtration même grossière aurait aussi, s'il faut en croire Frankland, une action réelle sur les protoorganismes. Quant aux appareils de Maignen et de Chamberland, ils jouissent d'une supériorité incontestée.

Le premier, en usage depuis 1883 dans l'armée anglaise, se compose d'un cône de porcelaine perforé, debout sur sa base dans un vase cylindrique. Recouvert par une chemise d'amiante, il est entouré d'une couche de charbon animal en grain du commerce. Pour le mettre en fonction, on mélange aux premiers 4 litres 1/2 d'eau introduits 60 grammes d'une poudre noire extrêmement fine (*powdered carbo-calcis*) de chaux et de charbon qui, allant se déposer à la surface du tissu d'amiante, devra être désormais traversé par l'eau avant de gagner le réservoir intérieur. Il peut ainsi fonctionner pendant six mois; au bout de ce temps, le tissu d'amiante est passé au feu ou simplement remplacé, et l'on répète l'opération première. Indépendamment de son effet mécanique, ce filtre agit chimiquement; il retient le plomb, le fer, les sels de ces métaux, brûle en partie l'alcool, oxyde les matières organiques. Il paraîtrait ne pas entraver cependant les solutions de sels terreux.

Le filtre Chamberland, basé sur le principe établi par M. Pasteur de la filtration des liquides virulents à travers la porcelaine dégourdie qui retient les bactéries et les germes, consiste en une sorte d'éprouvette de cette substance, fixée par son bord libre sur le fond d'un cylindre métallique qui la coiffe et la contient à l'aide d'une occlusion à vis très hermétique. C'est dans ce récipient que l'eau arrive après avoir traversé les parois de la porcelaine sous une pression de 1 à 4 atmosphères. Adaptée à Paris sur les robinets de distribution, elle y fonctionne sous la pression normale des conduites de la ville.

L'obstacle à la vulgarisation de cet appareil résidait dans la nécessité d'une certaine pression; or, M. Chamberland a pu y apporter de telles modifications que cette dernière n'est presque plus nécessaire. Les tubes filtrants sont disposés en batterie dans un récipient cylindrique fermé à sa partie supérieure. Il suffit d'élever à 2 ou 3 mètres le vase contenant l'eau à purifier et de le relier à l'appareil par un tube en caoutchouc pour obtenir un écoulement de 15 à 20 litres par heure.

Les pouvoirs publics ne se désintéressant pas des résultats annoncés et désireux de connaître la valeur du système pour la transformation d'eaux dangereuses en boissons inoffensives, chargèrent M. Miquel de faire des expériences et d'en rendre compte. Il ressort des constatations faites par le chef du service micrographique de l'observatoire de Montsouris que le filtre en biscuit de M. Chamberland est capable de retenir *tous* les microbes contenus dans les liquides et que son emploi pour purifier les eaux potables doit être fortement conseillé. « A ma connaissance, ajoute M. Miquel, c'est le seul filtre industriel qui puisse s'opposer efficacement à la transmission des maladies par les eaux destinées à l'alimentation, si, comme on est en droit de le suspecter, les eaux peuvent devenir le véhicule de germes pathogènes. »

Les appareils de filtrage ordinairement employés réussissent d'autant mieux qu'on ne leur demande pas plus qu'ils ne peuvent donner et qu'une surveillance intelligente veille à leur fonctionnement et surtout à leur nettoyage. Mieux vaut assurément ne pas avoir de filtre plutôt que de se servir d'un filtre sale, capable d'ajouter à l'eau des impuretés qu'elle n'avait

---

cine de pharmacien à une distance de 4 kilomètres à tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades. (Vous vous rappelez, messieurs, que ce sont les termes mêmes du projet Lunier dans son article 9, article que vous aviez approuvé en 1884.) Le médecin ou l'officier de santé est soumis aux lois et règlements régissant la pharmacie.

En dehors des cas prévus par le deuxième paragraphe de cet article 14, l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est puni comme l'indique l'article 26 ci-après.

VIII. — *Exercice illégal*

L'Association générale des médecins de France n'a cessé de se faire l'interprète des vœux unanimes du corps médical, à propos de l'exercice illégal de la médecine, sous toutes ses formes.

Il faudrait citer tous vos annuaires, tous les comptes-rendus de vos Assemblées générales, pour rendre justice aux efforts persévérants faits par l'Association dans l'intérêt des populations et du corps médical.

Une réforme était en effet bien nécessaire.

La loi de ventôse n'avait consacré que deux articles à la répression de l'exercice illégal (articles 35 et 36).

C'était déjà beaucoup, sans doute, dans un temps où la liberté professionnelle venait d'être pendant dix ans poussée jusqu'aux excès de la licence la plus éhontée.

Mais la loi, ne définissant pas l'exercice illégal, laissait à l'arbitraire des tribunaux l'interprétation des faits. Comment atteindre des délits aussi mal définis? L'indulgence ne tarda pas à aller jusqu'au laisser-faire, en présence d'un texte qui ne liait pas la conscience du juge et n'éclairait pas son esprit.

De plus, tout en qualifiant justement de *délit* les faits d'exercice illégal, la loi ne fixait ni le minimum ni le maximum de « l'amende pécuniaire à prononcer envers les hospices ».

Avec une pareille législation, le charlatanisme avait beau jeu : la répression était illusoire. D'autant que la Cour de cassation, se fondant sur le silence de l'article 35, quant au minimum de la peine, avait décidé que les tribunaux ne pouvaient appliquer que l'amende de simple police, c'est-à-dire de 1 à 15 francs, et ainsi le fait d'exercice illégal, bien que dénommé formellement *délit*, et soumis à la juridiction des tribunaux correctionnels par l'art. 35

pas. Et c'est parce que l'on rencontre trop souvent de ces derniers, malgré une apparence de soins, dans un état de malpropreté repoussante, dans les casernes, les hôpitaux, les pensionnats, que l'ébullition de l'eau paraît devoir être largement préconisée.

Très usité chez les Orientaux, ce moyen est recommandé par le Conseil de santé des armées (instruction du 12 septembre 1881) pour la correction des eaux où la présence des matières organiques se révèle par la mauvaise odeur, par la répugnance qu'elle inspire aux chevaux, par la nature de la végétation qu'elle entretient. En expulsant l'acide carbonique demi combiné, l'ébullition détermine la précipitation des carbonates terreux et diminue la dureté des eaux. Elle précipite encore le fer et l'argile. Les ferments solubles non figurés sont détruits. Un doute reste encore à l'égard des poisons putrides. L'action sur les organismes microscopiques est manifeste, et, sans dire, avec Tyndall, qu'une eau chauffée à la température de 100° s'en trouve absolument dépourvue, les travaux de M. Miquel, confirmatifs de ceux de Pasteur, Chamberland et Brefeld, prouvent qu'ils sont très réduits.

Il suffit pour s'en convaincre de jeter un regard sur le tableau ci-dessous, résultat d'analyses effectuées en juin 1884, à une dizaine de jours d'intervalle, sur une eau provenant du bassin de Villejuif, nouvellement construit et alimenté avec l'eau puisée à Ivry, un peu au-dessous de la jonction de la Marne et de la Seine :

Tableau I.

Température de l'eau.	Bactériens par litre.
20°	58.000
45°	49.000
55°	4.200
65°	2.600
75°	1.200
85°	830
95°	360
100°	420
Même eau abandonnée à 24° après l'ébullition.	
Dosage après 24 h.	310
— après 48 h.	14.500

Tableau II.

Température de l'eau.	Bactériens par litre.
22°	106,000
43°	80.000
50°	16.500
60°	5.000
70°	3.400
80°	3.300
90°	1.800
100°	650
Même eau abandonnée à 27° après l'ébullition.	
Dosage après 48 h.	330
— après 24 h.	134.000

« On s'étonnera peut-être, dit M. Miquel, de voir deux échantillons d'eau prélevés à la même source, à peu de jours d'intervalle, avec les mêmes précautions, présenter un chiffre de bactéries si différent. Ce fait s'observe pourtant très souvent avec des écarts beaucoup plus grands. Quant aux causes de ces variations, elles sont fort nombreuses. Il est évident que le séjour prolongé de l'eau dans les réservoirs d'approvisionnement, l'élévation de la température, les crues fluviales, le déversement actif des égouts dans les cours d'eau..... tendent à augmenter considérablement le chiffre des organismes des eaux servies aux habitants d'une ville. »

L'important pour l'instant est que le chiffre des bactéries des eaux potables va en diminuant à mesure que la température s'élève.

C'est vers 50 degrés que la chaleur manifeste le plus nettement son action : les bactériens communs, plusieurs micrococcus meurent, et, la température s'élevant encore, la majorité des coccus, les mucédinés, les algues, disparaissent à leur tour.

De 60 à 80°, les microbes diminuent peu. Une eau, portée de 70 à 100°, donne encore, par l'ensemencement dans des conserves de bouillon de bœuf, des bacilles variés. Les spores réfractaires à l'ébullition n'ont rien de commun, semble-t-il, avec les microbes infectieux, quoique leur immunité, dit Miquel, reste encore à établir. Nous avons vu qu'à l'encontre de cette assertion, M. Cornil déclare qu'une ébullition de quelques minutes tue les bacilles et spores typhoïdiques. En tous cas, à 110 ou 115°, l'eau est d'une pureté absolue.

Malgré tout l'avantage qu'il y aurait à pouvoir atteindre ce dernier point, il n'est pas moins vrai que la température de 100° maintenue pendant quelque temps, purgeant l'eau d'organismes microscopiques dans la proportion de 995 pour 1000, donne une stérilisation relative très satisfaisante.

Il n'est pas peu important, au point de vue pratique, de savoir aussi que l'eau bouillie abandonnée à elle-même dans un vase grandement ouvert n'acquiert de nouveau son degré d'impureté primitif qu'au bout d'une période de temps assez longue. Durant les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, les dosages dénotent un chiffre de bactéries généralement inférieur aux dénombrements de la veille. Cela tient « peut-être à l'action continuée de la chaleur pendant le refroidissement du liquide, ou plus vraisemblablement à la chute au fond du vase

---

de la loi de ventôse, devenait, par suite de l'interprétation de la Cour, une simple contravention de police.

Les peines appliquées à l'exercice illégal par la loi de ventôse étaient insuffisantes, et si mal déterminées qu'elles n'ont cessé d'être éludées. Or, messieurs, c'est encore la loi qui nous régit, si l'on peut dire qu'une loi *régit* l'exercice de la médecine, quand elle laisse les délinquants sans surveillance et sans châtiment, les médecins honnêtes sans protection, et la magistrature sans armes.

Les conséquences de cet état de choses portent plus haut que les souffrances des médecins, lésés par le charlatanisme.

Les malades en souffrent deux fois : d'une part, ils ne sont pas protégés contre les empiriques ignorants ou malhonnêtes ; d'autre part, ils ne peuvent plus trouver de médecins qualifiés et honnêtes, là où on laisse libre carrière au charlatanisme, là où une lutte si inégale, une protection si dérisoire, attendent le médecin bien en règle avec la science et avec la loi, disons aussi avec la morale, — mis aux prises avec le charlatan qui se rit de la première, et défie les deux autres.

Et pourtant, l'exercice légal de la médecine est bien un monopole pour lequel le médecin qualifié a payé fort cher. L'Etat ne doit-il pas protection à ceux qui ont rempli les conditions légales du contrat, quand, par le fait des menées du charlatanisme, ils ne peuvent jouir de ce monopole ?

Mais une protection efficace exige une loi plus précise et plus sévère que celle de ventôse, une vigilance plus grande de la part de l'autorité judiciaire, des droits plus formels d'intervention, comme partie civile, des médecins ou des associations qui les représentent.

Ne voir dans ces questions que l'intérêt professionnel, c'est n'en voir que le petit côté ; ici l'intérêt professionnel est solidaire de l'intérêt de la société.

Par réaction contre une législation trop indulgente pour l'exercice illégal, le projet Salvandy allait trop loin, et prononçait des peines excessives, comme si l'exagération dans la répression n'avait pas précisément pour effet d'assurer l'impunité des coupables. Troublé dans sa conscience, le juge préfère absoudre.

Voici enfin un projet de loi, qui détermine nettement les cas d'exercice illégal.

Il multiplie les pénalités, et frappe les délinquants dans une juste mesure, mais de manière à ne plus permettre de se jouer de

des germes des bacilles devenus passagèrement inertes. On peut affirmer également que les microbes venus des poussières atmosphériques ont besoin de plus de vingt-quatre heures pour se développer; d'où cet état de pureté relative de l'eau qui précède son envahissement par de nouvelles générations d'organismes. Au bout de quarante-huit heures, tout est changé, les bactéries sont redevenues fort nombreuses, et la conséquence pratique à tirer de ce fait est de renouveler les eaux bouillies, les infusions diverses, au moins tous les deux jours, ainsi que le prescrivent très sagement les instructions du Conseil d'hygiène ». — Miquel.

II

Le rôle exercé par l'ébullition comme moyen de stérilisation de l'eau d'une part, et de l'autre la simplicité du procédé, nous parurent devoir être mis à profit en 1883, lors de l'épidémie de dysenterie de Saint-Germain-en-Laye. Les causes habituellement incriminables semblant ne pas avoir résisté à la discussion et à la constatation des faits, la thèse soutenue par nos confrères civils: *Infection du casernement, propagation par la voie militaire*, restait debout, entourée d'un regain de faveur. Il ne fallut pas moins que l'amélioration très rapide des malades hospitalisés pour faire songer à la possibilité de la contamination de l'eau des quartiers, unique boisson des soldats, et à l'immunité dont elles jouissaient à l'hôpital, où elles n'entraient dans la consommation qu'en minime quantité et encore sous forme d'infusions. Grâce à l'obligeance de M. Sangli-Ferrière, chimiste au laboratoire municipal, notre façon de voir reçut une consécration entière. Il a été donné par ailleurs (GAZETTE MÉDICALE, 4 et 11 avril 1885), tous détails sur la nature, le mélange et la contamination des eaux de Saint-Germain. Nous n'y reviendrons que pour remettre en évidence ce fait, à savoir que le 16e régiment de dragons, campé dans la forêt, était pris de dysentérie aussitôt après son arrivée, alors qu'une seule chose était commune entre lui et les quartiers de la ville : l'eau de boisson. Le mal, arrêté presque tout à coup chez les chasseurs par l'usage de l'eau bouillie, continua à sévir exclusivement chez les dragons qui n'avaient pas eu le moyen de nous imiter.

Donner à la consommation d'un escadron ou de tout un régiment de l'eau stérilisée par l'ébullition et suffisamment aérée, peut paraître chose assez difficile pour qu'il soit utile d'entrer par le menu dans le détail de nos opérations.

Mais, au préalable, serait il superflu d'insister sur l'utilité d'un semblable essai pour les épidémies dont on ignore la cause? Cette analyse expérimentale, exempte du moindre danger, ne deviendrait-elle pas autrement concluante que l'analyse chimique la mieux faite, que l'analyse biologique ou bactériologique la plus minutieuse? Raison de plus pour signaler à nos camarades de l'armée le moyen de se procurer d'assez grandes quantités d'eau bouillie.

Il faut non seulement parer à la dépense d'un supplément de chauffage, mais encore trouver le récipient dans lequel on la fera bouillir, le réservoir où vingt-quatre heures durant elle sera soumise à l'aération.

Presque tous les établissements militaires sont dotés à l'heure actuelle de percolateurs *Malen* destinés à la préparation du café. Répartis en trois types, suivant leurs contenances, 250 ou 125 ou 50 litres, le deuxième est le plus généralement mis en usage. Ce dernier devra subir à peu près autant de chauffes qu'il existera de centaines de rationnaires.

Le JOURNAL MILITAIRE OFFICIEL (*premier semestre 1876*) fixe le poids du combustible nécessaire à chacun des appareils précédents : 29 kil. de bois ou 14 kil. 500 de charbon de terre pour le no 1; 21 kil. de bois ou 10 kil. 500 de charbon de terre pour le no 2; 11 kil. de bois ou 5 kil. 500 de charbon de terre pour le no 3.

Enfin, l'achat dans le commerce de tonneaux d'occasion qu'on sciera par le milieu fournira les baquets où l'eau séjournera et s'aérera. Leur nombre devra être calculé d'après leurs dimensions d'une part et le chiffre des hommes comptant à l'ordinaire de l'autre.

Il faut en moyenne une heure pour amener à l'ébullition l'eau contenue dans le percolateur. Elle est aussitôt retirée au moyen de seaux ou d'arrosoirs et versée dans les baquets. Les chauffes se prolongent tous les matins suivant les besoins, mais il est nécessaire de faire observer qu'en raison du feu déjà existant la durée du chauffage est notablement amoindrie en même temps que la consommation du combustible va, elle aussi, en diminuant Il est aisé de comprendre que l'on pourra recourir au système des chauffes successives ou à celui des chauffes continues. Dans ce dernier cas, on retire à certains intervalles de l'eau bouillie que l'on remplace par une

---

la loi. Par ses dispositions, il atteint ceux qui exercent sans diplôme régulier, ceux qui dépassent les attributions légales de leur titre, ceux qui tenteraient de couvrir d'un titre régulier des personnes non autorisées à exercer la médecine.

Le projet reproduit, dans l'ensemble, les dispositions de la proposition de loi de M. Chevandier, en les simplifiant; le texte y gagne en clarté, et l'application par les magistrats devient plus facile.

On en jugera par l'examen des articles.

Et voici d'abord l'article 15, qui définit l'exercice illégal indique les personnes et les agissements qui tombent sous l'application de la loi :

ART. 15. — Exerce illégalement la médecine :

1o Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré conformément aux articles qui précèdent, ou de l'autorisation stipulée à l'art. 12, prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, ou application d'appareils;

2o Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7, 8 et 9 de la présente loi;

3o Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi;

4o Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qu'un médecin place auprès de ses malades.

Le 1o de cet article fait bien comprendre que l'exercice illégal n'est point constitué par un fait unique, accidentel, un conseil une fois donné, mais par l'habitude de se livrer à l'exercice de la médecine ou de la chirurgie ou à la pratique des accouchements; c'est ce qu'indiquent clairement les expressions :

« Prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils. »

quantité égale d'eau à stériliser. A l'aide d'un seul percolateur du deuxième type, on peut obtenir en cinq ou six heures près de 1,000 litres d'eau bouillie qu'un ou plusieurs hommes munis de récipients divers agitent pendant la journée pour la rendre utilisable.

On dispose des percolateurs, mais sur quels fonds paiera-t-on les baquets et le bois ou le charbon? L'achat des tonneaux a été en 1884 imputé à la masse générale d'entretien. Le prix est ici à débattre, mais, en somme, la dépense est généralement minime. Pour le bois ou le charbon, c'est une toute autre affaire, surtout si l'usage de l'eau bouillie doit être continué pendant un certain temps

Disons d'abord que la ration de chauffage accordée par les règlements est absolument suffisante, et il n'est ignoré de personne que des suppléments, même pour un nombre de rationnaires double, triple et quadruple (territoriaux, réservistes), sont rarement demandés. C'est que l'on prend sur les *bonis* provenant du chauffage des chambres, existant d'une façon à peu près normale. Ce détail est donné pour démontrer qu'avec l'assentiment du chef de corps on pourrait procéder à l'ébullition de l'eau, en attendant la décision du commandement à venir. C'est à lui en effet que le médecin a dû faire parvenir un rapport pour démontrer l'utilité de corriger l'eau et pour indiquer les moyens les plus pratiques à adopter.

Après avis du directeur du service de santé du corps d'armée, qui a dû être tenu au courant des demandes faites, il est alloué en principe un supplément de chauffage dont le taux est ultérieurement fixé par procès-verbal. Dès lors, l'adjudicataire pourvoit aux besoins.

On peut calculer par à peu près ce que coûtent 1,000 litres d'eau bouillie pour le chauffage seulement. Le poids réglementaire du charbon alloué pour huit chauffes serait 10 kil. 500 × 8 soit 84 kil., mais 60 kil. sont suffisants. Au prix moyen de 35 fr. la tonne, la dépense pour 1,000 hommes serait de 2 fr. 10 par jour et de 63 fr. par mois.

Il est indispensable de faire consigner les pompes, fontaines, robinets, du jour où commence l'usage de l'eau bouillie, à l'exception, bien entendu, de ceux qui pourvoient à la cuisson des aliments.

L'eau bouillie n'était toujours mise en distribution que le lendemain, c'est-à-dire au moment précis où, d'après les travaux de M. Miquel, elle se trouvait à son maximum de stérilisation. Peu sapide, quoique dépourvue de tout goût désagréable, elle était convertie en boisson hygiénique avant d'être répartie par bidons et se trouvait ainsi parfaitement acceptée.

CONCLUSIONS

De nombreux procédés ont été mis en usage pour rendre l'eau inoffensive. Entre tous, le filtre Chamberland, par sa simplicité et son absolue sûreté, est seul à recommander.

A son défaut, la stérilisation par la chaleur devient d'un grand secours quand il s'agit de l'alimentation d'une collectivité. L'ébullition faisant disparaître les organismes microscopiques dans la proportion de 995 pour 1000 devrait en effet être plus souvent mise à profit, non seulement pour rendre à peu près exemptes de tous dangers des eaux altérées, mais encore pour faire le diagnostic par élimination de la cause supposée nuisible.

Les percolateurs Malen, dont sont dotés presque tous les établissements militaires, serviront de bouilleurs. Il serait demandé au commandement une allocation de chauffage supplémentaire.

FAITS CLINIQUES

TUMEUR VASCULAIRE DE L'OMBILIC. — HÉMORRHAGIE. — GUÉRISON, par le docteur COLOMBE (de Lisieux).

Le 28 août dernier, j'étais appelé en toute hâte auprès d'une femme qui avait une hémorrhagie au niveau de l'ombilic. Voici les renseignements que j'ai pu recueillir sur cette malade :

Agée de 36 ans, domestique, X... a toujours joui d'une bonne santé. A l'âge de 19 ans, elle eut un enfant; l'accouchement et les suites ne présentèrent rien de particulier. Les règles viennent régulièrement, et X... peut remplir sans fatigue les fonctions pénibles de servante dans un hôtel. Elle aurait eu des varices aux membres inférieurs, mais il n'en reste pas de traces aujourd'hui. Je crois cependant devoir signaler une dilatation anormale des plexus veineux décrits par M. Sappey sous le nom de « veines-portes accessoires ».

Le 2° vise le cas des sages-femmes sortant des limites fixées à l'exercice de leur profession par les articles 7, 8 et 9 de la présente loi ; il qualifie toute intervention médicale, qui dépasse ces attributions strictement déterminées, d'exercice illégal, et la frappe des pénalités portées par les articles 16, 17, 18 et 19.

La mesure n'est que trop justifiée par les abus sans cesse renouvelés de ce genre d'exercice illégal; elle répond aux vœux de l'Association, et notamment à ceux exprimés par la Société de la Haute-Garonne.

Le 3° de l'article 15 qualifie d'exercice illégal le fait « de prêter son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la loi », c'est-à-dire aux personnes exerçant sans titre, ou aux sages-femmes sortant des limites fixées à l'exercice de leur profession ; il donne satisfaction aux vœux de l'Association générale, et aux justes réclamations du comité de la Gironde, sur lesquelles un paragraphe dans le même sens que le 3° de l'article 15 avait été ajouté à l'article 12 du projet Lunier, voté par l'Assemblée générale de 1884.

L'article 16 fixe les pénalités auxquelles s'exposent ceux qui exercent illégalement la médecine, sans usurpation de titre.

ART. 16. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double, et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

L'article 17 détermine le minimum et le maximum de l'amende et de l'emprisonnement, en cas d'exercice illégal avec usurpation de titre :

ART. 17. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1.000 à 2.000 francs. En cas de récidive, elle pourra être portée au double et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.

(A suivre.)

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur la Syphiliographie le samedi 21 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Le volume du foie est normal. Il n'y a rien au cœur.

Il y a environ dix ans, X... vit apparaître à l'ombilic une petite tumeur qui, d'abord grosse comme un grain de blé, a peu à peu augmenté de volume. Avant cette époque, elle assure de la façon la plus positive n'avoir jamais rien remarqué dans cette région. Cette tumeur était violacée et n'augmentait pas au moment des règles ; sa surface était lisse et sa consistance molle ; elle n'était pas douloureuse, mais seulement gênante.

La semaine dernière, elle faisait saillie au-dessus de l'ombilic, et son volume, dit la malade, était comparable à celui de la phalangette du petit doigt.

Il y a deux ans, une hémorrhagie eut lieu au niveau de cette tumeur ; le sang sortait par jets, mais le jet était très petit, à peu près de la grosseur d'une épingle. L'hémorrhagie dura deux jours, non d'une manière continue, et elle se serait arrêtée à la suite d'applications de perchlorure de fer.

Il y a trois jours, l'hémorrhagie se reproduisit pour la seconde fois depuis l'apparition de la tumeur. Un pharmacien conseilla encore d'appliquer du perchlorure de fer, et le sang cessa de nouveau de couler jusqu'au moment où je fus appelé.

Le sang sortait alors par saccades, et je ne saurais mieux comparer le volume de ces jets qu'à celui d'une fémorale. La femme était dans une mare de sang. Son teint était pâle, cireux. Je mis aussitôt une pince à forcipressure et je me procurai du catgut pour faire une ligature. Ce n'était pas chose facile au fond de la cicatrice ombilicale ; aussi, je dus faire une ligature en masse ; la plaie fut recouverte avec de la gaze phéniquée.

Les jours suivants, il n'y eut pas de fièvre, et l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite.

Le 3 septembre, c'est-à-dire au bout de sept jours, dans un effort de toux, elle reparut aussi abondante que précédemment. Une pince à forcipressure fut encore appliquée. Je priai mon confrère, le docteur Bourbon, de m'assister pour faire une nouvelle ligature, mais quand nous retirâmes la pince, l'hémorrhagie était arrêtée. Depuis ce moment, elle n'a pas reparu.

Une petite eschare résultant de l'application inopportune du perchlorure de fer se détacha les jours suivants. La plaie fut pansée avec du vin aromatique, et le 17 septembre, quand je revis la malade, elle était guérie. J'ai eu depuis l'occasion d'avoir de ses nouvelles : la tumeur qui siégeait au niveau de la cicatrice ombilicale a entièrement disparu. Actuellement, plus de sept mois après la dernière hémorrhagie, il n'y a aucune récidive.

Quelle était la source de cette hémorrhagie ? — N'ayant jamais vu la malade auparavant, il m'est impossible de donner sur sa tumeur d'autres détails que ceux rapportés plus haut. Cette tumeur n'était certainement pas congénitale, si l'on s'en rapporte à ce que dit X..., qui affirme très nettement l'avoir vue se développer lentement depuis dix ans.

Les tumeurs vasculaires de l'ombilic sont très rares chez l'adulte. Il y a quelques années, M. Blum fit un travail sur ce sujet (1). Mais les exemples de tumeurs vasculaires qu'il cite ont été rencontrés chez des enfants et non pas chez des adultes ; de plus, ces tumeurs étaient congénitales.

Dans un article plus récent du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Nicaise ne signale pas de cas semblable au nôtre. On sait, depuis les recherches de De Lignerolles (2), qu'il existe au niveau de l'anneau ombilical un cercle artériel, d'où partent des radicules qui traversent la peau et s'y réfléchissent en formant des anses et des sinuosités.

(1) ARCHIVES DE MÉDECINE, août 1876, p. 151

Est-ce un de ces vaisseaux ayant un accroissement considérable qui a donné lieu à l'hémorrhagie ?

N'était-ce pas plutôt un angiôme ?

Nous croyons plus prudent, n'ayant pas eu l'occasion de voir la malade avant son hémorrhagie, de ne pas nous prononcer; mais nous avons pensé que le fait que nous venions d'observer était par sa rareté digne d'être signalé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Syphilis. — Pathologie.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

IX. SUR LA SYPHILIS DE LA MOELLE ET DE SES ENVELOPPES, par R. JÜRGENS (*Charité-Annalen*, t. X, p. 729, et *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, no 28, p. 323). — X. CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES CENTRES NERVEUX, par P. BUTTERSACK (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk*, t. XVII, fasc. 3, p. 603, 1886). — XI. CONTRIBUTION A L'HISTOIRE CLINIQUE DES RAPPORTS DE LA SYPHILIS ET DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE, par le docteur SIEMENS (*Neurologisches Centralblatt*, no 6, 1887). — TRAVAUX A CONSULTER.

IX. Le travail de JÜRGENS se rapporte à la question si controversée des relations éventuelles de la syphilis et du tabes dorsalis. M. Jürgens publie cinq cas de syphilis de la moelle, qui ont donné lieu à un examen nécroscopique minutieux. Dans trois de ces cinq cas, les lésions spinales étaient représentées par des gommes, dans les deux autres par des hyperplasies scléreuses diffuses. Comme il arrive pour les lésions de la syphilis en général et principalement pour celles qui intéressent le cerveau, les lésions spinales constatées dans ces cinq cas offraient une grande variabilité de siége et de caractères morphologiques, avec une tendance bien nette à conserver la disposition en foyers, diffus ou circonscrits et multiples. Le plus souvent, l'infection de la moelle a paru se faire de la surface à la profondeur, frappant d'abord les enveloppes et les couches superficielles de la moelle, pour n'atteindre que tardivement les couches profondes et le tissu interstitiel en dernier lieu.

Contrairement à ce qu'on observe dans les cas de tabes dorsalis, il s'était effectué une propagation descendante des lésions spinales initiales, et le plus souvent, le cerveau avait été envahi par des lésions syphilitiques avant la moelle. La dégénérescence des éléments nerveux revêtait constamment les caractères d'une dégénérescence secondaire.

Comparant ensuite les résultats de ses recherches histologiques avec ceux publiés par d'autres auteurs, concernant la nature, le siége et le mode d'extension des lésions spinales d'origine syphilitique, l'auteur en arrive, en matière de conclusion, à classer ces lésions dans l'ordre suivant :

A. Altérations syphilitiques des enveloppes :

(2) De Lignerolles cité par Nicaise, *Dictionnaire encyclopédique*, art. OMBILIC.

1° Pachyméningite et arachnoïdite spinales, chroniques, fibreuses;

2° Pachyméningite et arachnoïdite fibreuses et gommeuses.

Ces deux formes peuvent coexister avec des lésions protopathiques et deutéropathiques de la moelle. Celles-ci se développent.

(a) Par extension du processus syphilitique des enveloppes à la moelle ;

(b) Par diminution de l'espace réservé à la moelle, en raison des néoplasies qui envahissent les méninges;

(c) Par extension des altérations aux éléments vasculaires (différentes formes de myélo-malacie).

B. Altérations syphilitiques de la moelle et des racines nerveuses (toujours secondaires) :

(a) Myélite interstitielle chronique fibreuse diffuse ;

(b) Myélite interstitielle fibreuse et gommeuse ;

(c) Névrite et périnévrite spinales, fibreuses et gommeuses.

X. Une paysanne, âgée de 31 ans, se fit admettre à l'hôpital de Heidelberg, fin juillet 1884. Depuis quelques jours, elle était tourmentée par une soif extrêmement vive, qui s'était déclarée subitement la nuit et qui l'entraînait à boire jusqu'à vingt litres d'eau dans les vingt-quatre heures. Cette femme se plaignait en outre de polyurie, de vertiges, de céphalalgie, d'anorexie, de douleurs névralgiques qui occupaient le trijumeau. On ne découvrit pas de cause appréciable au développement de ces accidents; il n'y avait jamais eu de syphilis dans la famille de la malade.

On diagnostiqua un diabète insipide, et on institua en conséquence un traitement par les opiacés, le bromure de potassium, le fer, la galvanisation de la tête, qui n'amena aucune amélioration. Au contraire, de nouveaux accidents vinrent s'ajouter aux précédents, à savoir : des vomissements qui survenaient indépendamment des repas, plusieurs fois par jour; de la constipation opiniâtre, du vertige très prononcé, des douleurs à la nuque, de l'affaiblissement de la vue, à gauche; une sensation de faiblesse dans les membres inférieurs; diminution de la mémoire. Dans la suite, la faiblesse devint générale. Il se développa du ptosis à droite, avec paralysie du muscle droit interne, du sphincter de l'iris, du muscle droit inférieur et du droit supérieur, une grande impressionnabilité à la lumière de ce même côté. Plus tard, amblyopie. Pas d'altérations du fond de l'œil, diminution de l'acuité auditive des deux côtés.

Il était impossible de rapporter ces accidents multiples à un foyer encéphalique unique; l'absence d'œdème de la papille devait d'ailleurs faire écarter l'hypothèse d'une tumeur. Restait l'hypothèse d'une leptoméningite chronique, qui était de nature à rendre compte de l'ensemble des symptômes. Cette leptoméningite n'était certainement pas tuberculeuse. Etait-elle de nature syphilitique ? L'existence de céphalées paroxystiques, d'une amblyopie sans altérations du fond de l'œil, le polymorphisme des accidents présentés par la malade, la marche apyrétique plaidaient en faveur de cette interprétation. Bien qu'il n'existât aucun signe extérieur de syphilis, on institua un traitement par l'iodure de potassium (1 gr. 5 — 3 gr. *pro die*). Il se produisit une amélioration momentanée très considérable des accidents locaux et de l'état général; même résultat quelques mois plus tard, lorsque, après une suspension de la médication, l'état de la malade se fut de nouveau aggravé.

Cette femme fut emportée par une pneumonie aiguë. Dans les derniers temps, on avait relevé l'état suivant : vertige, céphalalgie, diplopie, ptosis à gauche, anorexie, vomissements, constipation. Faiblesse croissante de tous les muscles. Douleurs à l'occasion des mouvements actifs et passifs. Douleurs dans le thorax. Emaciation et pâleur très prononcées. Paralysie des droits supérieur, inférieur et interne, du releveur de la paupière supérieure. Réflexes tendineux normaux. Urines : 2500 — 3250 c. c. Ni sucre ni albumine. T. 36,2 — 37, 5. P. 72 — 86. Quinze jours avant le dénouement fatal, hémiparésie à gauche.

A l'autopsie, on trouva une leptoméningite cérébrale et spinale descendante. Du côté du cerveau la méningite était marquée surtout au pourtour de l'émergence des nerfs crâniens, à la base. Les artères de l'encéphale étaient envahies par les altérations caractéristiques de la syphilis, décrites par Heubner. Les nerfs crâniens présentaient à des degrés variables les altérations de la névrite; le nerf oculomoteur gauche était parsemé de gommes miliaires. Pas d'altérations manifestes de la substance nerveuse du cerveau. Dans la moelle allongée, traînées d'infiltration inflammatoire, à la périphérie, qui vont en augmentant de haut en bas Ces lésions myélitiques de la périphérie se continuent dans la moelle; là il existe en outre une dégénérescence ascendante des cordons de Goll, qui part de l'extrémité supérieure du segment lombaire. Les racines spinales, sont en certains points, le siége d'un épaississement colossal, infiltrées de cellules arrondies en état d'hyperplasie inflammatoire, surtout dans la région cervicale; par endroits elles sont également infiltrées de gommes miliaires. Bref, les nerfs rachidiens, comme les nerfs crâniens, portaient les traces d'une périnévrite et d'une névrite gommeuse plus ou moins accentuées. Avec cela, des cicatrices multiples et des gommes dans le foie coïncidant avec les lésions d'une hépatite et d'une périhépatite diffuse; des altérations vasculaires généralisées.

M. Buttersack s'est donné pour tâche de démontrer que ces lésions multiples, considérées dans leur ensemble, ne pouvaient être que l'expression d'une syphilis profonde, qui avait évolué sans manifestations extérieures du vivant de la malade. Il a mis son observation en parallèle avec les rares exemples de syphilis (non gommeuse) avérée de la moelle, publiés jusqu'à ce jour. Le travail de l'auteur se termine par des considérations sur la pathogénie des principaux symptômes relevés dans cette observation et en première ligne de la polyurie et de la polydipsie.

XI. L'observation publiée par M. Siemens est donnée par l'auteur comme un exemple typique de paralysie générale développée sous l'influence de la syphilis. Le sujet de l'observation, un sous-officier allemand, était, d'après les renseignements anamnésiques, indemne de toute prédisposition héréditaire; il ne faisait pas d'excès de boissons alcooliques. En 1878, à l'âge de 24 ans, il entra à l'hôpital pour un chancre qui fut suivi d'une éruption spécifique, d'indurations ganglionnaires, d'ulcérations de la gorge. Sous l'influence d'un traitement mercuriel, ces accidents se dissipèrent. Au mois de septembre 1880, nouvelle ulcération à la verge ; guérison au bout de six semaines.

An mois de mai 1881, le malade, en se réveillant un certain

matin, constate qu'il louche de l'œil droit. Il éprouvait, en outre, de la céphalalgie, une sensation vertigineuse ; bluettes dans le champ visuel. Le malade voyait double, et quand il voulait saisir un objet, il portait la main trop en avant. Nystagmus à droite. Paralysie du droit externe à gauche. Un traitement par les frictions mercurielles et par l'iodure de potassium amenda un peu les accidents oculaires. Quelques jours plus tard, le vertige augmente, et il s'établit une hémiplégie motrice à droite, avec envahissement de la face, aphasie. La paralysie se dissipa progressivement. Quelques jours après, secousses douloureuses dans la moitié droite du corps; sensation d'engourdissement dans les parties primitivement paralysées.

Vers la fin de juin, le malade était dans un état suffisamment bon pour que l'on crut devoir l'envoyer en congé. Il reprit son service au bout de six semaines. Nouveau séjour à l'hôpital au mois de mars 1882. Le malade se plaignait de vertige, de fourmillements et de faiblesse dans le bras droit. Rien d'anormal du côté des yeux. Sous l'influence de la station prolongée, tremblement dans la jambe droite. Nouveau traitement par l'iodure de potassium ; amélioration. Sous l'influence de ce traitement, un nouvel accès intercurrent de paralysie du muscle oblique supérieur de l'œil droit se dissipa rapidement.

Le sujet quitta le service militaire en 1884 ; il fut placé dans l'administration des postes. Peu de temps après, il présenta des troubles psychiques avec de l'affaiblissement musculaire. On le renvoya dans sa famille. Le voyage ressembla à une véritable odyssée ; le malade avait perdu conscience de ses actes. Au mois de décembre, il fut pris pour la première fois du délire des grandeurs. On le fit entrer dans un asile, où il succomba dans le marasme au mois de mai 1886, après avoir présenté le tableau complet de la paralysie générale. Durant son séjour à l'asile, on lui avait fait prendre de l'iodure de potassium et du tannate de mercure à l'intérieur, sans grand résultat.

Autopsie. — Pas d'exostoses au crane. Dure-mère cérébrale intacte à l'extérieur, tapissée de fausses membranes teintées de sang, sur sa face interne. Etat trouble de la dure-mère. Lacune kystique par destruction des circonvolutions entre les circonvolutions frontales et le lobe paracentral. Pas d'obstruction des vaisseaux artériels ; çà et là, principalement dans le voisinage des bifurcations, épaississements de la paroi vasculaire, sous forme de taches blanchâtres. Nulle part de tumeur, ni de lésion en foyer. Substance corticale très mince. Masse encéphalique d'une consistance un peu ferme, d'une vascularisation normale. Ventricules dilatés. Épaississement de l'épendyme fortement granulé. A part cela, rien d'anormal à l'œil nu.

Dure-mère spinale intacte sur ses deux faces, un peu jaunâtre et trouble. Sur des coupes de la moelle, on découvre une coloration grisâtre des cordons latéraux (faisceaux pyramidaux), marquée surtout à droite. Des dessins, annexés au travail de l'auteur, représentent la distribution de cette dégénérescence des cordons latéraux, d'après les résultats de l'examen histologique de coupes provenant de différentes hauteurs du névraxe.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER.

I. *Contribution à l'étude de la syphilis des poumons, de la trachée et des bronches*, par le docteur Ph. Schech (*Internat. Klin. Rundschau*, 1887 (Vienne).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins, par Azarie Brodeur, in-8° de 576 pages, avec 5 planches en chromo-lithographie et 9 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1886. G. Masson, éditeur.

La chirurgie rénale est de date assez récente. Si, depuis le XVIIe siècle, les opérateurs n'hésitent pas à ouvrir les collections liquides de la glande urinaire et en particulier les grands kystes hydatiques qui s'y développent, ils n'osent pas encore procéder à son extirpation. Malgré les pressants conseils donnés par Blancard en 1690, basés déjà sur des expériences physiologiques constatant la possibilité de priver les animaux d'un de leurs reins sans les amener fatalement à succomber, il faut arriver au 2 août 1869 pour voir Simon (d'Heidelberg) enlever, de propos délibéré, le rein d'une femme atteinte de fistule urinaire sus-pubienne. Cette audacieuse entreprise, couronnée d'un éclatant succès, stimulant le zèle des timorés, ouvrit une voie nouvelle à l'activité chirurgicale. Dès ce jour, les communications se succèdent, les discussions s'engagent au sein des Sociétés savantes, et si les indications de la néphrotomie et de la néphrectomie restent inscrites à l'ordre du jour, les bienfaits de l'intervention judicieuse n'en demeurent pas moins acquis. On se trouve autorisé, suivant les circonstances, à extirper le rein en totalité ou en partie (néphrectomie), à l'inciser (néphrotomie), à extraire (néphrolithotomie) ou à broyer (néphrolitbotripsie) les calculs qu'il peut contenir, à le fixer à l'aide de points de suture (néphrorraphie) en sa situation normale. Un des grands mérites de M. Brodeur, c'est d'avoir victorieusement plaidé la cause de l'opération, c'est d'avoir montré, avec un gros faisceau de 327 preuves, que parmi 127 morts il y a eu 200 guérisons, soit 61,16 % de succès.

La glande rénale, attaquée 122 fois par la voie abdominale, et 205 fois par la voie lombaire, a donné 62 cas favorables (50,81 %) dans le premier cas et 138 dans le second (67,31 %). Ces résultats engagent à préférer le dernier procédé, parce qu'il n'expose pas à l'onverture du péritoine, toujours à éviter malgré les bienfaits de l'antisepsie.

Dans 36 interventions pour reins flottants mobiles douloureux, il y a eu 26 néphrectomies, dont 20 abdominales avec 12 guérisons (60,0 %) et 6 lombaires avec tont autant de bons résultats et 10 néphrorraphies lombaires avec cure définitive. L'anurie, le collapsus, l'inanition, l'œdème de la glotte, la péritonite chronique, la péritonite infectieuse, figurent parmi les diverses causes de mort.

L'hydronéphrose, motivant 32 fois l'action chirurgicale, a fait pratiquer 22 néphrectomies, dont 10 lombaires avec 6 guérisons (60,0 %) et 12 abdominales avec 7 issues heureuses (58,33 %); 10 néphrotomies, dont 5 lombaires et 5 abdominales, toutes suivies de succès, sauf persistance de deux fistules pour ces dernière cas. Le décès a dû être imputé deux fois à l'hémorrhagie, à la péritonite, une fois à l'anurie, au collapsus, au choc, à la phthisie pulmonaire.

Quinze kystes rénaux, dont trois hydatiques, ont provoqué 12 néphrectomies abdominales avec 4 guérisons (33,33 %) et

3 néphrotomies, dont 2 lombaires et 1 abdominale, toutes favorablement terminées. Le dénouement fatal est encore ici attribuable à l'anurie, au choc, à l'infection purulente, à la péritonite.

L'extirpation totale s'est plus particulièrement trouvée indiquée dans les cas de tumeurs malignes du rein. De dix-huit carcinomes, un seul suivi de mort, du reste, a été traité par la néphrotomie lombaire ; 17 néphrectomies, dont 12 abdominales et 5 lombaires, ont donné 2 guérisons (16,66 %), et 4 guérisons (80,00 %). En face d'aussi déplorables résultats, soit 6 succès seulement (35,29 0/0), M. Brodeur se demande s'il ne vaudrait pas mieux renoncer à l'intervention radicale pour recourir, chez un malade présentant des phénomènes vésicaux excessivement douloureux, à un simple débridement allant jusqu'à la masse cancéreuse.

Les suites sont d'un pronostic moins fâcheux lorsqu'il s'agit de sarcomes. Des 29 cas relatés, 25 ont été traités par la néphrectomie abdominale, avec 13 guérisons (52,00 0/0) et 4 par la néphrectomie lombaire, avec un résultat heureux (25,00 0/0), ce qui donne 48,27 0/0 de succès définitif.

Les suites sont encore meilleures s'il s'agit de fibromes. Dix observations, relatant 8 néphrectomies abdominales et 2 néphrectomies lombaires, ne fournissent que 2 décès par le premier procédé (80 0/0).

Les lésions traumatiques des reins (contusions, plaies, déchirures) ont donné lieu à 10 néphrectomies, dont 7 lombaires avec 5 guérisons (71,42 0/0) et de 3 abdominales avec 2 guérisons (66,66 0/0) ; à 4 néphrotomies lombaires, avec un seul décès.

L'extirpation totale a été pratiquée 18 fois pour la cure de fistules urinaires, dont 17 néphrectomies lombaires avec 12 guérisons (70,58 0/0), et une médiane, parfaitement guérie.

La taille du rein pour l'extraction des calculs est vraiment à encourager, puisque 25 cas observés représentent 23 néphrolithotomies lombaires avec 22 guérisons (95,65 0/0) et 2 néphrectomies latérales, dont une, pratiquée après la néphrolithotomie, fut suivie de mort.

Les pyélo-néphrites calculeuses, au nombre de 66, ont donné lieu à 44 néphrectomies, dont 34 lombaires avec 19 guérisons, et 10 abdominales avec 5 succès.

Dans 43 cas de pyélo-néphrite suppurée, il y a eu 29 néphrectomies : 24 lombaires avec 16 guérisons, et 5 abdominales avec 4 décès.

Enfin, 21 pyélo-néphrites tuberculeuses ont justifié 16 néphrectomies, dont 14 lombaires avec 6 guérisons, et 2 abdominales très heureusement terminées.

Tel est le résumé bien imparfait du travail de M. Brodeur. Judicieusement conçu, savamment traité, clairement écrit, ce gros volume faisant date, terminé qu'il est par un index bibliographique très complet et d'une irréprochable exactitude, devra se trouver désormais entre les mains de tous ceux qui voudront être édifiés sur la valeur et la portée de l'intervention chirurgicale dans les affections des reins. Ch. Amat.

BULLETIN

Questions d'hygiène.

En dehors de la discussion sur l'adéno-phlegmon péri-utérin, qui a présenté un intérêt anatomique supérieur à l'intérêt clinique, la dernière séance de l'Académie de médecine n'a compris que des communications sur l'hygiène, en particulier sur l'hygiène de l'enfance.

La première est relative à l'utilité d'une loi rendant obligatoire la revaccination des enfants des Ecoles, et sur laquelle le ministre de l'Instruction publique a consulté l'Académie. L'opinion de la savante compagnie était connue sur ce point depuis 1881 ; elle n'a eu donc qu'à renouveler le vœu qu'elle avait exprimé à cette époque, de voir adopter une mesure qui est en vigueur dans plusieurs pays de l'Europe, et qui a produit de si bons résultats dans l'armée. L'obligation de la revaccination semble, en effet, être un corollaire logique de la vaccine obligatoire.

Le rapport lu par M. Lagneau au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Larrey, Bergeron, Dujardin-Beaumetz et Proust, sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les Ecoles, donnera lieu à une discussion qui mettra en relief les vices de notre organisation scolaire, et hâtera peut-être les réformes dont tout le monde proclame l'urgence, mais donc aucune autorité compétente n'ose prendre l'initiative. Il y a longtemps cependant que le cri d'alarme a été poussé, qu'il a rencontré et rencontre chaque jour de nombreux échos. Peine perdue : plus le travail forcé auquel on soumet la jeune intelligence des enfants est démontré funeste pour leur santé et leur développement ultérieur, tant intellectuel que physique, plus on charge les programmes d'étude et d'examen ; d'un autre côté, plus l'internat est démontré dangereux et nuisible, plus on multiplie la création de collèges, de lycées, d'écoles normales, en étendant, sous prétexte de libéralisme et de progrès, ces fondations nouvelles aux jeunes filles. L'hygiène morale de celles-ci ne court pas de moindres dangers que leur hygiène physique, et l'on ne peut songer, sans appréhension et sans tristesse, aux générations de jeunes filles et de femmes que nous prépare le système actuel.

La voix de l'Académie sera-t-elle mieux écoutée que les voix isolées qui ne cessent de se faire entendre? Espérons-le, sans cependant nous faire illusion ; l'esprit de routine est si fort, et tant d'autres questions, moins importantes sans doute, mais plus brûlantes, occupent, pour ne pas dire agitent nos gouvernants !

Avec M. Hayem, nous revenons à la première enfance ; nous entrons dans une crèche, et nous y trouvons la diarrhée verte à l'état endémo-épidémique. Elle ne tarde pas à disparaître sous l'influence d'un double traitement curatif et prophylactique, inspiré par la pensée que la maladie est d'origine microbienne. Et, de fait, un bacille spécial, recueilli dans les salles des petits malades, a pu être isolé et cultivé. L'acide lactique, administré à l'intérieur, combattrait le développement du bacille ; les mesures de désinfection des linges souillés, recommandées par M. Hayem, préviendraient sa propagation. Nouvel exemple du concours puissant que la microbiologie prête chaque jour à l'hygiène.

Les *desiderata* que nous venons de signaler dans notre système d'éducation, et qui existent sur tant d'autres points de nos institutions sociales, montrent de plus en plus l'intérêt et l'importance des projets de loi à l'étude sur l'organisation générale des services d'hygiène. Nous serons bientôt devancés à cet égard par la plupart des nations de l'Europe. Voici l'Italie qui se met en mouvement. Les Sociétés d'hygiène de la Péninsule se sont réunies il y a quelques jours à Florence pour

se constituer en une fédération qui ne tardera pas à devenir une institution nationale. Dans cette réunion, on a discuté le nouveau code d'hygiène publique présenté récemment au Sénat par M. Depretis et, au cours de la discussion, il a été question de la création d'un ministère d'hygiène et de la santé publique. L'idée de la centralisation des services d'hygiène fait ainsi partout son chemin. Le prochain Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne, qui, sous l'active impulsion du Comité local, promet d'être si brillant, et où une place des plus honorables semble être réservée aux hygiénistes français, contribuera peut-être à faire avancer la solution pratique de bien des questions.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LA SCIENCE FRANÇAISE JUGÉE PAR UN ÉTRANGER. — Nous venons de dire que les hygiénistes français occupent un rang des plus honorables parmi les savants dont les organisateurs du Congrès de Vienne ont demandé et obtenu le concours. Il ne faudrait pas en conclure que la science française jouit d'une estime sans réserve dans la capitale de l'Autriche. Voici, en effet, ce qu'un grand chirurgien viennois, M. Billroth, à qui la sympathie n'a pas été marchandée en France, pense et écrit de nous, à propos du travail de M. Von Frisch sur la méthode de M. Pasteur dans le traitement préventif la rage :

« C'est, sans conteste, un très beau témoignage pour notre société moderne, décriée pour son matérialisme exclusif et pour ses idées prosaïques, que de la voir si complètement s'éprendre pour une grande découverte scientifique et humanitaire, et l'on ne peut en vouloir aux Français d'avoir applaudi si haut à la nouvelle découverte, eux qui, depuis bientôt vingt ans, non seulement n'ont pas fait de grands progrès dans le domaine de la médecine scientifique et de la chirurgie, mais qui suivent avec peine et d'un pied boîteux le progrès colossal de la science allemande et anglaise. » (1)

Le jugement est, comme on le voit, assez sévère, et ne manquerait pas d'être humiliant pour nous, s'il était réellement fondé. Mais M. Billroth n'aime sans doute pas moins l'hyperbole dans ses critiques que dans ses éloges; or, voici comment il apprécie le travail de son compatriote M. von Frisch, travail de simple contrôle, inspiré par la découverte de M. Pasteur, et dont les résultats à leur tour ont besoin d'être discutés et vérifiés :

« Nous sommes heureux de constater que cet important mémoire donne un nouveau prestige à notre Ecole de Vienne, et qu'il est le témoignage du triomphe remporté par ce sérieux travail d'un Autrichien dans le domaine de la science et de l'humanité. »

M. Billroth a le triomphe facile et, à ce prix, il n'est pas besoin qu'il ait affaire à des gens boîteux, comme ces pauvres savants français, pour entonner le chant de la victoire.

— SOUSCRIPTION AU MONUMENT DE DAVIEL. — Un Comité, composé du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du président de l'Académie de médecine, du président de la Société de chirurgie, des professeurs d'ophthalmologie des Facultés de médecine de France et de plusieurs membres de la Société libre de l'Eure, vient de se constituer, sous la présidence de M. le professeur Panas, pour élever un monument à la mémoire de Daviel, un des plus grands chirurgiens du XVIIIe siècle.

Daviel fut le premier qui osa ouvrir l'œil pour en enlever le cristallin devenu opaque et créa cette remarquable opération d'extraction de la cataracte qui, tous les ans, rend la vue à des milliers d'aveugles.

Jacques Daviel, né en 1696 à la Barre (Eure), mourut à Genève en 1762, mais on ignora longtemps le lieu de sa sépulture; des recherches récentes apprirent qu'il était enterré dans le cimetière du Grand-Sacconnex, et, il y a deux ans, les chirurgiens suisses, sous l'impulsion de M. le docteur Halten-Hoff (de Genève), y élevèrent un élégant monument à la mémoire de notre illustre compatriote, véritable bienfaiteur de l'humanité.

Les chirurgiens français ont voulu suivre l'exemple donné par leurs savants confrères de Suisse, et d'ici peu on verra s'élever, dans le département de l'Eure, la statue de Daviel; mais le Comité espère que toutes les personnes qui s'intéressent à la science ophthalmologique ou qui connaissent l'importance de la merveilleuse découverte de Daviel, voudront bien contribuer à cette œuvre de reconnaissance nationale.

Les souscriptions sont reçues 23, rue d'Aumale, chez M. le docteur A. Brun, qui a bien voulu accepter d'être le trésorier de la souscription.

— CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE VIENNE. — La direction générale impériale et royale des chemins de fer autrichiens a accordé aux personnes qui prendront part au VIe Congrès international d'hygiène et de démographie convoqué à Vienne du 26 septembre au 2 octobre une réduction de prix de 50 0/0 pour toutes les classes de ses lignes, aller et retour, et pour tous ses trains réguliers de voyageurs (stations frontières de l'Ouest : Saint-Margarethen et Buchs, vers la Suisse; Simbach, Passau, Eisenstein et Eger, vers la Bavière). Les membres de famille accompagnant les membres du Congrès ne jouissent pas de la même faveur.

Les membres recevront pour les chemins de fer autrichiens des cartes de légitimation, qui leur seront délivrées par le secrétariat général.

Le chemin de fer français de l'Est et la ligne Paris-Lyon-Méditerranée ont fait espérer une réduction de 50 0/0 en faveur des membres du Congrès et des membres de leur famille qui voyageraient avec eux. Les noms des membres du Congrès doivent être communiqués au plus tard jusqu'au 5 septembre aux Directions de ces lignes avec indication de la station de départ et de la classe que l'on se propose de prendre, sur quoi elles délivreront des Bons au porteur.

Les directions des chemins de fer de l'empire d'Allemagne n'ont pas accordé de prix de faveur.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE: — LE PROFESSEUR VULPIAN. — Les morts se succèdent à l'Académie et à la Faculté, avec une rapidité terrifiante. Le professeur Vulpian a succombé dans la nuit du 17 au 18, à une

(1) Extrait d'une lettre publiée par le BULLETIN MÉDICAL, d'après LA NEUE FREIE PRESSE de Vienne.

pneumonie, suite d'un refroidissement. Comme Béclard, comme Gosselin, c'est encore un homme de bien qui nous quitte; cette fin, si prompte, si inattendue, va affecter profondément tous ceux qui tiennent à la corporation médicale par un lien quelconque, tous les amis, tous les élèves de M. Vulpian.

M Vulpian (Edme-Félix-Alfred), est né à Paris le 3 janvier 1826. Il a fait ses études médicales à Paris, et il était interne de la promotion du 18 décembre 1848, en compagnie d'Axenfeld, de Londe, de Lucien Corvisart et de MM. Charcot, Potain et Ulysse Trélat. Travailleur opiniâtre, il conquit vite toutes les positions que le concours peut offrir aux laborieux et aux persévérants et nous le trouvons successivement docteur en médecine en 1853, médecin des hôpitaux en 1857, agrégé de la Faculté en 1860. La physiologie comparée, l'avait séduit, il trouva un laboratoire au Muséum, et après la publication de divers travaux spéciaux, communiqués à l'Académie des sciences, il fit au jardin, trois années de suite, de 1864 à 1867, des cours de physiologie, en qualité de professeur suppléant. Il nous souvient même, d'une piquante anecdote. Le célèbre savant, titulaire de la chaire, voulait faire de Vulpian un démissionnaire malgré lui, afin de réserver la place à un autre. Quoiqu'il en soit, Vulpian quitta le Muséum tout à fait volontairement, quelque temps après. Lauréat de l'Institut dès 1861, il obtint en 1867, le grand prix de physiologie expérimentale et il fut nommé la même année, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, chaire qu'il échangea plus tard pour celle de pathologie comparée et expérimentale; sa notoriété et ses travaux lui ouvrent le 27 avril 1869, les portes de l'Académie de médecine, l'Institut l'appelle dans son sein, en 1876, et l'an dernier, il devient secrétaire perpétuel de cette Académie des sciences, où il y a quelques jours à peine, nous l'entendions annoncer, en termes émus, la mort de son collègue Gosselin. L'on sait que M. Vulpian avait été appelé en consultation, pendant la dernière maladie du comte de Chambord et l'on se rappelle le rapport loyal et complet publié par lui, avec l'autorisation de la famille. Il fut doyen de la Faculté de 1875 à 1881.

Les travaux de M. Vulpian sont considérables, il n'a jamais cessé de travailler, et il y a peu de temps, on le voyait encore se diriger à son laboratoire, toutes les après-midi de chaque dimanche, afin d'y suivre les résultats d'une expérience commencée la veille. Jusqu'à ces derniers temps, il publiait au hasard, donnant ses manuscrits à qui les lui demandait, et n'ayant point de traité avec ses éditeurs. Maintes fois, nous l'avons vu, à notre bibliothèque de la rue des Saints-Pères, nous prier de lui chercher un mémoire publié par lui antérieurement, et dont il avait bien le souvenir, mais sans se rappeler ni l'endroit, ni la date. « Il sait mieux que moi ce que j'ai écrit », disait-il alors à ses collègues, avec le sourire discret et bienveillant, qui le quittait rarement.

Ces dernières années avaient été tristes pour M. Vulpian, il avait perdu sa compagne et un jeune fils. Le travail était sans doute, pour lui, une consolation efficace, il pensait à l'enfant qui restait, mais il voyait sa santé languir. — Les travaux de laboratoire contribuent certainement à ces résultats prématurés, et il fut obligé, ces derniers temps, de prendre un peu de repos, ce qui ne lui était pas habituel. Néanmoins, personne, excepté lui-même, peut-être, ne croyait à une fin aussi proche. C'est que M. Vulpian était justement considéré comme un caractère honnête et loyal en toute occasion, bienveillant pour ses élèves, courtois avec tous ceux qui l'approchaient.

Il laisse des travaux nombreux en anatomie pathologique, en anatomie humaine et comparée, en physiologie, en helminthologie, en thérapeutique : Les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Comptes rendus de la Société de biologie*, les *Archives de physiologie*, etc., comprennent un grand nombre de mémoires et notes semés çà et là, que les mains pieuses et reconnaissantes de ses derniers élèves devraient réunir en volume. M. Vulpian n'a publié séparément, que les principaux de ses travaux, savoir : *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, Paris, 1866; *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, 1875, 2 vol., ouvrage classique; *Cours de pathologie expérimentale*, *Maladies du système nerveux*, 1879. Ses divers mémoires sur les *Poisons et les venins*, ses diverses communications à l'*Académie de médecine*, de 1869 à 1883, sur la *Septicémie*, l'étude des *paralysies par compression des nerfs*, le *chloroforme*, le *traitement de la fièvre typhoïde*, l'emploi du *salicylate de lithine* dans le *rhumatisme*, ses travaux en collaboration avec M. Charcot, d'autres en commun avec M. Philippeaux, méritent presque tous une réimpression.

M. Vulpian était un observateur sagace et prudent, il ne s'enthousiasmait pas aisément et en répétant les expériences des autres, il a plus d'une fois redressé des erreurs; mais lorsqu'en thérapeutique, il entrevoyait une idée de progrès, il prenait volontiers la défense de l'idée nouvelle, et il le faisait avec chaleur. C'est ainsi qu'on la vu ces dernières années, soutenir de sa parole et de sa plume les doctrines séduisantes de son éminent collègue, M. Pasteur.

L'excellent professeur Vulpian laisse un jeune fils; un frère et une sœur qui n'ont jamais cessé d'être unis avec lui en parfaite communauté d'esprit et de sentiment, veilleront sur l'orphelin en proie en ce moment à la douleur la plus navrante!

Dr A. Dureau.

Examens. — MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1887 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet;

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

Du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ;

Du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 31 mai 1887 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai, et avant le 9 juin, consigneront jusqu'au 14 juin 1887 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Truc, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique ophthalmologique.

Par décret, en date du 6 mai 1887, M. le docteur Kiener est nommé professeur d'anatomie pathologique et histologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Cochez, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Saliéges, démissionnaire.

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 6 juin 1887.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire : 4, rue Suger, au concierge du Cours.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Le Royer, président du Sénat, assisté de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 22 mai 1887, à deux heures de relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, président de la Société; — 2° Rapport sur la situation

morale et financière de l'œuvre, par M. le docteur A. Motet, secrétaire général ; — 3° Allocution de M. Hip. Maze, sénateur, directeur de la *Revue des institutions de prévoyance* ; — 4° Rapport de la commission des prix, par M. E. Decaisne ; — 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1877, par M. Guignard.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 8 AU SAMEDI 14 MAI 1887.

Fièvre typhoïde 14 — Variole 14 — Rougeole 56. — Scarlatine 6. — Coqueluche 9. — Diphtérie, croup, 30. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 221. — Autres tuberculoses 32. — Tumeurs : Cancéreuses 34. — Autres 8. — Méningite 37. — Congestion et hémorr. cérébr. 53. — Paralysie 4. — Ramollissement cérébral 6. — Maladies organiques du cœur 60. — Bronchite aiguë 29. — Bronchite chronique 35. — Broncho-pneumonie 28. — Pneumonie 75 — Gastro-entérite : Sein 16. — Biberon 29. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 1. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 25. — Suicides 14. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 181. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 1.062 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés, par le docteur Motais (d'Angers), chef des travaux anatomiques libre à l'Ecole de médecine d'Angers, avec figures intercalées dans le texte. — Paris, 1887, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Bibliographie méthodique des livres de médecine (1860–1887), suivie de la table générale des noms d'auteurs. Cette Bibliographie sera envoyée gratuitement aux abonnés de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS qui en feront la demande directement à la librairie Maloine. — Paris, librairie médicale A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par M. H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8 de 836 pages, avec 175 figures. — Prix, 12 fr. — Paris, 1887, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La prostitution à Paris, par le docteur A. Corlieu. Un volume in-18 jésus.

L'auteur dit ce qu'il a vu pendant les onze années qu'il a été attaché au Dispensaire de salubrité de la ville de Paris. Il a rédigé ces pages d'après des notes authentiques ; il a dit, sans aucun esprit de parti, ce qu'il a observé, les lacunes qu'il a déplorées, le rôle effacé que l'administration laisse au corps médical, seul juge compétent en la matière.

Il y a un parti à prendre entre la réglementation et la liberté de la prostitution.

Partisan de la réglementation, l'auteur demande des réformes qu'il croit utiles et indispensables si l'on veut arriver, sinon à tarir, au moins à diminuer le mal à sa source.

Prix : 2 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouert. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr. F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES : M. le professeur GRANCHER

Diagnostic précoce de la coxalgie,

Leçon recueillie et rédigée par M. le docteur EUG. DESCHAMPS.

Messieurs,

Un chapitre intéressant dans l'histoire de la coxalgie est celui du diagnostic, car c'est une maladie quelquefois difficile à reconnaître, surtout à l'origine; l'observation suivante vous en donnera la preuve.

Au n° 23 de la salle Saint-Thomas est couché depuis le 17 mai le nommé C... (Eugène), âgé de treize ans et demi. Ses antécédents héréditaires sont excellents; son père est bien portant, sa mère, séche et nerveuse, est d'une santé parfaite. Ses antécédents personnels sont également bons; il est bien développé, bien musclé, il ne présente aucune tare physique ou pathologique. Il n'avait jusqu'alors fait aucune maladie, lorsqu'il y a un mois environ, il fut pris de douleurs dans la hanche; ces douleurs, qu'augmentaient la fatigue et la marche, se calmaient par le repos et cessérent au bout de quelques jours; sa mère les avait attribuées à la croissance et ne fit pas venir le médecin. Depuis, elles auraient fait souffrir l'enfant à diverses reprises, et lorsqu'il revenait de la promenade il était obligé, dit-il, de s'appuyer sur ses petits camarades, il traînait la jambe et boitait légérement; le décubitus nocturne et le repos au lit ne suffisaient plus à calmer ses douleurs, et le matin il souffrait encore un peu. La station assise paraît être celle qui le soulageait le mieux. Il était de nouveau malade depuis deux jours lorsqu'il est entré à l'hôpital.

Cette fois, l'enfant se plaint de fourmillements dans la cuisse et le pied et de secousses dans le membre. Le fait-on lever, on obtient difficilement qu'il appuie également les deux pieds sur le sol; très rapidement il fléchit un peu le pied, puis la jambe, puis la cuisse, ensuite il incline le tronc pour reporter le poids du corps sur le pied droit. Ce signe de *l'épreuve*, comme l'appelle M. le professeur Lannelongue, est un signe très important au début de la coxalgie, et l'enfant le présente chaque fois que nous le faisons lever.

De même pour le signe de Marjolin, le signe du maquignon; lorsqu'on fait marcher le malade, on entend une boîterie toute spéciale, chaque pied, en frappant sur le sol, produit un son différent; le pied droit, pied du côté sain, s'appuie fortement et fait plus de bruit que le pied gauche. C'est là un excellent signe, signe d'audition, tandis que le signe de l'épreuve est un signe d'examen, d'observation. Tous deux sont très nets chez cet enfant.

Mais il n'existe chez lui aucun arrêt de développement; la cuisse gauche présente une circonférence un peu inférieure à celle du côté droit, toutefois, il n'y a qu'un demi-centimètre de différence, et l'on sait que normalement le côté gauche est moins développé que le droit; aussi ne devrons-nous pas en tenir compte. On ne constate d'ailleurs aucune déformation du membre atteint, la cuisse, la jambe, le genou, sont bien conformés; il n'y a aucune déformation de la hanche ni du pli de l'aîne, pas de déviation de l'os iliaque ni de la colonne vertébrale; les plis sont normaux, excepté quand le malade est debout et s'appuie sur le membre droit, dans ce cas, le pli fessier gauche s'éléve.

L'examen direct des surfaces, que M. le professeur Lannelongue considère avec raison comme très important, donne souvent des résultats convaincants. Ici, toute la racine de la cuisse est douloureuse; certains points osseux, siéges de prédilection de la douleur, existent également. On provoque cette douleur quand on presse un peu au-dessous de l'arcade de Fallope, un peu en dedans des vaisseaux du pli de l'aîne, sur la tête fémorale; une pression méthodique, un peu soutenue sans être violente, cause sur le grand trochanter le maximum de souffrance, la fosse iliaque externe est douloureuse; le petit trochanter, plus profond, est plus difficile à aborder; il semble néanmoins douloureux. Mais quelle est la part qui revient ici aux masses musculaires ? Il est en effet difficile d'aborder les surfaces profondes. La peau n'est pas douloureuse et la sensibilité, à part les fourmillements dont se plaint le petit malade, est intacte, mais la masse musculaire des adducteurs, le triceps, le fascia lata, les fessiers et peut-être le muscle iliaque, sont douloureux, et l'enfant cherche à éviter la main qui les presse. Il y a donc hyperesthésie de tous les muscles de la racine de la cuisse, hyperesthésie, qui n'atteint pas le genou; on peut saisir ce dernier à pleine main sans que l'enfant se plaigne; il n'a d'ailleurs jamais eu de gonalgie, phénomène si important parfois au début de la coxotuberculose, et cependant, à l'origine, très peu de temps après les premières douleurs de la hanche, le malade est tombé sur les genoux; il a même encore quelques craquements dans le genou gauche.

L'étude de la contracture musculaire est très intéressante et recommandée par tous les auteurs qui ont écrit sur la

coxalgie. Chez notre petit malade, lorsqu'on porte le membre dans la flexion et l'abduction, presque toujours les adducteurs se contractent et limitent l'abduction; si l'on fait des mouvements de circumduction, l'amplitude de ces mouvements est aussi plus limitée. Quand on endort l'enfant avec le chloroforme, la main, avant le sommeil et après le réveil, a une sensation de résistance qu'elle n'a pas sous le chloroforme; pendant le sommeil anesthésique, elle perçoit aussi quelques craquements intra-articulaires qui semblent se passer dans l'articulation coxo-fémorale.

Enfin, l'adénopathie iliaque fréquente, même au début de la coxalgie, n'existe pas chez notre malade.

En résumé, nous sommes en présence d'un enfant qui présente certains signes du début de la coxalgie, et particulièrement le signe de l'épreuve et le signe du maquignon; mais la contraction musculaire n'est pas aussi marquée que d'habitude; il existe en outre des fourmillements, des secousses musculaires et une hyperesthésie musculaire qu'on ne trouve notée nulle part. Faut-il donc ici faire le diagnostic de la coxalgie?

Les auteurs mettent immédiatement en regard de la coxalgie la luxation congénitale de la hanche, qui se traduit par des symptômes de luxation traumatique ancienne non réduite. Mais qu'il s'agisse d'une luxation dans le vrai sens du mot, que ce ne soit au contraire, comme le veut le professeur Sayre (de New-York), qu'une malformation congénitale du bassin et particulièrement de la cavité cotyloïde, il est bien évident qu'il ne peut en être question ici.

Nous en dirons autant de la paralysie infantile, de la paralysie pseudo-hypertrophique, notre malade est un garçon vigoureux, bien musclé et nullement paralysé.

Le diagnostic de la coxalgie hystérique est parfois très délicat: mêmes douleurs vives au niveau de l'articulation de la hanche, même attitude, même immobilité. Mais il y a d'autres symptômes hystériques: la marche de la maladie, sa mobilité, servent à les faire reconnaître. L'emploi du chloroforme qui, dans beaucoup de cas, lèverait tous les doutes en montrant que l'articulation est parfaitement libre, ne peut être ici d'aucun secours pour établir la nature de l'affection, car il nous fournit le même résultat.

Dans la sacro-coxalgie au début, comme dans la coxalgie, l'enfant ne peut marcher qu'en boitant. La marche est douloureuse, les irradiations de la douleur peuvent être analogues, surtout lorsqu'elles sont un peu diffuses, comme chez notre petit malade. Mais dans la sacro-coxalgie, en cherchant à repousser les os iliaques vers le sacrum, en appuyant sur les crêtes iliaques, ou en pressant sur l'interligne de l'articulation sacro-iliaque, il est facile de voir que la souffrance est à son maximum au niveau de cette articulation; de plus, il est possible de faire mouvoir la cuisse, et les mouvements de la hanche sont libres.

La carie de l'os iliaque, la carie de l'ischion, la périostite du grand trochanter, la psoïtis, les abcès par congestion, la tuberculose périarticulaire, ont pu en imposer parfois pour une coxalgie. Nous ne voyons rien ici qui puisse légitimer une semblable discussion.

Il n'y a pas non plus de raisons pour songer à une luxation, à une fracture du col du fémur, à un decollement de l'épiphyse supérieure du fémur. Il y a bien eu un traumatisme, il y a bien eu une chute, mais elle est postérieure au début des accidents; nous éliminerons donc aussi l'arthrite traumatique.

Il est aussi, messieurs, une affection que vous ne trouverez décrite nulle part, et qui doit être assez souvent confondue avec la coxalgie: je veux parler du raccourcissement congénital du fémur. Mon ami, M. le docteur Terrillon, m'a dit en avoir observé récemment trois cas, qu'il a eu la bonté de me communiquer. Le premier est celui d'un petit garçon de quatre ans et demi: il y avait déviation de la colonne vertébrale et du bassin, et raccourcissement du fémur de 2 centimètres, le pied était plus court, il appuyait sur la partie antérieure qui était plus étalée. Il a suffi, pour corriger la déformation, de faire porter à l'enfant un talon plus haut de deux centimètres et une semelle plus épaisse de un centimètre.

La seconde observation est celle d'une petite fille de cinq ans, qui boitait et marchait sur la pointe du pied, la hanche était libre, mais il y avait un raccourcissement du tibia de 2 à 3 centimètres. Comme dans le premier cas, le talon artificiel et la semelle plus épaisse ont pu remédier aux accidents.

Chez le troisième enfant, petite fille de trois ans, l'atrophie portait sur la moitié du corps, face, membre supérieur, membre inférieur; le fémur et le tibia étaient plus courts de 2 centimètres; l'enfant boitait et marchait mal. M. Terrillon appliqua le même traitement. Moi-même, j'ai pu en observer un cas absolument analogue; il y avait aussi hémiatrophie. C'est là, en somme, une affection mal connue, pouvant porter sur la moitié du corps, sur tout un membre ou sur un segment de membre, et qu'un examen superficiel permettrait de confondre avec la coxalgie. Nous l'écartons ici.

Nous ne saurions être aussi affirmatif pour l'arthrite rhumatismale, dont le diagnostic est particulièrement délicat chez notre petit malade. Certes, l'absence de rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents, la persistance des accidents, la fixité de leur localisation à l'articulation de la hanche, semblent plutôt en faveur de la coxo-tuberculose, mais la douleur est si étendue et si intense qu'elle éveille l'idée du rhumatisme. Nous ne devons pas oublier non plus que le cas que nous avons sous les yeux n'est pas absolument net, qu'il présente quelques anomalies sur lesquelles nous aurons à revenir, et qu'il est toujours grave de prononcer d'emblée devant une famille le mot de coxalgie; aussi devons-nous faire des réserves quant à la nature rhumatismale de cette arthrite.

M. Boudet de Paris, qui a bien voulu examiner notre petit malade au point de vue des réactions électriques, est arrivé à un diagnostic différent, à celui de névrite; pour cela, il se fonde sur l'exagération des réflexes, sur les fourmillements et les soubresauts dont se plaint l'enfant, sur les résultats fournis par les réactions électriques.

En effet, les muscles de la hanche gauche répondent plus tardivement aux courants induits, leur pouvoir de contraction est diminué d'un tiers environ comparativement à ceux du côté opposé, il y a de plus exagération de la sensibilité, c'est-à-dire que, lorsque la contraction se produit, elle dure davantage et se fait par secousses: il y a trois ou quatre petites contractions pour une seule excitation électrique. En somme, il y a affaiblissement du pouvoir contractile et hyperesthésie à l'électricité, ce qui est un signe indubitable de névrite. L'intégrité musculaire est d'ailleurs démontrée par l'examen

aux courants galvaniques qui donnent les mêmes résultats à droite et à gauche.

Ainsi donc, pour M. Bondet de Paris, il s'agirait de névrite, et pourtant bien des choses plaident plutôt en faveur de l'arthrite : la marche de l'affection, l'examen direct de la hanche, etc. Aussi devons-nous nous demander si nous ne sommes pas en présence d'une névrite symptomatique, d'une névrite secondaire. Le fait n'est pas d'ailleurs absolument rare, et M. Bondet lui-même a pu nous en citer un cas qu'il a observé récemment : Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, qui lui avait été adressée avec le diagnostic de sciatique. Il existait en effet une douleur le long du trajet de ce nerf, et l'on pouvait facilement retrouver les points fessier, péronier et malléolaire ; mais, après un examen attentif, le traitement par l'électricité restant absolument inefficace contre la douleur qui allait chaque jour croissant, il porta le diagnostic de névrite symptomatique d'une arthropathie. Quelques semaines après, il y avait des signes certains de coxalgie qui évolnait rapidement vers la suppuration et emportait la malade.

Mais, ainsi que le fait observer notre interne, M. Albarran, la douleur est bien diffuse pour qu'il puisse y avoir névrite ; il faudrait que tous les nerfs de la racine de la cuisse sciatique, crural, obturateur, etc., fussent atteints. Aussi ne devons-nous pas nous étonner outre mesure, en présence des particularités, des anomalies que présente le petit malade, de voir notre chef de clinique, M. Variot, incliner vers la simulation. Il est bien certain que cet enfant n'est pas franc, que son regard est faux, que ses réponses sont embarrassées et parfois contradictoires ; de plus, M. Variot s'est livré à une enquête sommaire sur son compte et il n'a rien appris qui puisse confirmer ce que raconte le malade. Néanmoins, nous ne croyons pas à la simulation ; car, si l'enfant peut exagérer certains symptômes, il est impossible qu'il puisse simuler avec sélection et mesure les points douloureux que nous avons constatés ; il est impossible qu'il puisse simuler les phénomènes électriques. Nous ne sommes donc pas en présence d'un simulateur, nous avons bien affaire à un malade.

Malheureusement, le diagnostic est ici des plus difficiles, et, de tout ce qui précède, nous pouvons seulement conclure : Il est possible que cet enfant soit atteint de coxalgie commençante, mais il est possible aussi que les accidents qu'il présente soient de nature rhumatismale.

C'est pour cela que nous avons institué un traitement d'attente, ordonné le repos au lit et prescrit le salycilate de soude à la dose de 2 grammes.

Bien nous en a pris, car la marche des accidents ne tarda pas à nous montrer combien nous avions été sages de faire des réserves quant à la nature de cette arthrite : si nous avions affirmé tout d'abord la coxo-tuberculose, il nous aurait fallu revenir sur notre diagnostic. En effet, au bout de deux jours, apres une seule dose de salycilate de soude, l'enfant se dit guéri ; il marche bien, le signe de l'épreuve a disparu, toutefois, si on le fait marcher à cloche-pied, il se tient un peu moins bien sur la jambe gauche. Au lit, il ne souffre plus, les masses musculaires ne sont plus douloureuses, les mouvements d'abduction et de circumduction se font facilement, seul, le grand trochanter est encore sensible à la pression.

En présence d'une guérison aussi rapide, aussi inattendue, on pense malgré soi au diagnostic de M. Variot : cet enfant n'est-il donc qu'un simulateur? Une nouvelle enquête sur le début des accidents devenait absolument indispensable ; nous sommes allés nous mêmes dans l'atelier où travaille cet enfant, chez M. l'abbé Roussel, à Auteuil, et nous avons fait venir la mère. Voici ce que nous avons appris :

Les réponses de la mère ne concordent pas absolument avec celles de l'enfant. Ce n'est pas depuis un mois qu'il est malade, dit-elle, c'est depuis 4 ans. A cette époque, il est tombé, s'est arraché la peau du genou, mais ne s'est rien brisé, ainsi qu'a pu le constater un médecin ; depuis il a souffert de temps en temps et se plaignait du genou, dit la mère, de la hanche, affirme l'enfant. Ces nouveaux renseignements sont de la plus grande importance. Comment admettre une coxalgie aussi peu avancée, dont le début remonterait à quatre ans? C'est impossible.

Chez l'abbé Roussel, nous avons trouvé un surveillant qui a pu nous donner des renseignements très précis. Cet enfant, d'après lui, est roué, dissimulé, paresseux, bavard ; il est parfaitement capable de simuler. Mais la simulation ne peut être que partielle, car il souffrait réellement beaucoup la veille de son entrée à l'hôpital et le matin même.

Les petits camarades que nous avons interrogés, séparément d'abord, puis en présence l'un de l'autre, confirment ce que nous dit le surveillant ; tous s'accordent à reconnaître que notre malade souffrait beaucoup le dimanche, veille de l'entrée à l'hôpital. L'un d'eux nous apprend même qu'il l'avait engagé à aller à l'infirmerie le dimanche matin, avant la promenade, tant ses souffrances étaient vives.

La déposition du petit Peltier, le camarade le plus rapproché de travail et de dortoir, est particulièrement intéressante : Depuis trois semaines ou un mois, nous dit-il, j'ai été obligé d'aider Eugène C... à revenir de la promenade (c'est ce que nous avait aussi déclaré le malade) et de lui fournir un point d'appui, tant il souffrait pour marcher, et pourtant le lendemain il ne souffrait plus. Il était occupé à la brochure, travail assis (et l'enfant nous a dit ne pas souffrir dans la station assise) ; mais, depuis huit jours, il travaillait debout, et c'est depuis ce moment que les douleurs sont revenues plus fortes.

Voilà des renseignements très précis qui confirment ce qu'avançait notre petit malade ; ce n'est donc pas un simulateur.

Restait l'examen électrique. M. Boudet de Paris, qui a bien voulu examiner de nouveau l'enfant, a constaté que la diminution de l'intensité de contraction existait toujours sous l'influence des courants faradiques, mais elle est moindre ; il faut l'évaluer à un cinquième au lieu de un tiers. Le courant faradique ne produit plus de douleurs, et la contraction a repris son type normal : une seule contraction pour une excitation électrique. En présence de ces modifications rapides, M. Boudet abandonne son diagnostic de névrite symptomatique pour celui de névrite rhumatismale avec périarthrite légère.

Que conclure de tout cela? Peut-être tout le monde a-t-il un peu raison ! Ce n'est pas un vrai simulateur ; l'examen électrique suffirait à lui seul à le prouver, et les maîtres de cet enfant pensent eux-mêmes qu'il est malade. Il a bien une arthrite, et nous avons retrouvé des craquements dans sa hanche et dans son genou ; mais ce n'est pas une coxalgie. Si nous devions la craindre tout d'abord, il n'y faut plus songer maintenant, car la mère nous apprend que les accidents remontent à quatre ans, date beaucoup trop éloignée pour la coxo-tuberculose. Les antécédents sont d'ailleurs excellents, il n'existe aucune tare héréditaire ou personnelle. Le trauma-

tisme semble avoir joué un certain rôle, car c'est de lui que datent les accidents, il les aura provoqués en créant un point faible. C'est ce qui explique la localisation un peu spéciale du rhumatisme dans ce cas, car c'est bien d'une arthrite rhumatismale qu'il s'agit. Le repos a produit cette fois ce qu'il produit toujours chez cet enfant. Il y a huit jours qu'il garde le lit, cela a suffi pour calmer ses douleurs. Le salycilate de soude n'a certainement pas eu le temps d'agir, et c'est une pure coïncidence. Quant à l'avenir, il n'est pas douteux que la maladie reviendra, surtout si l'enfant se fatigue, surtout s'il marche beaucoup ou s'il est obligé de travailler debout.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, vous voyez combien il a été difficile d'établir le diagnostic, et vous concevez combien doit être délicate la conduite du médecin en pareille circonstance. Vous avez vu que nous avons hésité à appliquer de suite la gouttière de Bonnet et l'extension continue, et vous savez que la marche de l'affection nous a donné raison. Nous ne risquions d'ailleurs que de perdre quelques jours, ce qui n'avait pas le moindre inconvénient en cas de coxalgie ; et, comme nous avons mis ces quelques jours à profit, que le malade est aujourd'hui guéri, nous ne pouvons que nous féliciter de notre prudence.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DES NÉVRITES PROVOQUÉES PAR LES INJECTIONS D'ÉTHER AU VOISINAGE DES TRONCS NERVEUX DES MEMBRES, par MM. A. PITRES et L. VAILLARD.

Les injections d'éther sulfurique sont fréquemment employées depuis quelques années dans un but thérapeutique. Elles sont habituellement inoffensives ; mais, dans un nombre déjà trop considérable de cas, elles ont été suivies d'anesthésie cutanée, de paralysies motrices persistantes ou même de troubles trophiques sérieux. Quelques expériences sur les animaux, faites dès 1877 par Mlle Ocounkoff (1), pouvaient faire prévoir la possibilité de ces accidents qui ont été observés depuis, dans la clinique humaine, par MM. Peter (2), Barth (3), Charpentier et Barbier (4), Hadra (5), Remak et Mendel (6), etc. Notre ami, M. Arnozan, en a publié plusieurs exemples, et, avec l'aide de M. Salvat (7), il a institué une série d'expériences pour étudier le mécanisme de leur production. Il résulte clairement de ses recherches que les paralysies motrices et sensitives succédant aux injections d'éther sont d'origine névritique. Toutefois, quelques-unes des particularités de l'action de l'éther sur les nerfs périphériques nous paraissent avoir échappé à l'attention de MM. Arnozan et Salvat.

(1) Mlle Ocounkoff. *Du rôle physiologique de l'éther sulfurique ; de son emploi en injections sous-cutanées*. Th. doct. Paris, 1877.
(2) Peter, FRANCE MÉDICALE, 1879.
(3) Barth. *Injection d'éther dans le traitement de la pneumonie adynamique*. GAZ. HEBDOM., 1881.
(4) Charpentier et Barbier. Société de médecine de Paris, 22 mars 1884.
(5) Hadra. *Paralysie du nerf radial consécutive à une injection d'éther*. Soc. de méd berlinoise, séance du 3 juin 1885, et SEMAINE MÉDICALE, 1885, p. 205.
(6) Remak et Mendel. BERLINER KLIN. WOCH., février 1885.
(7) Arnozan. *Des névrites consécutives aux injections hypodermiques d'éther*. GAZ. HEBD., 1885. — Salvat. *Etude sur les névrites consécutives aux injections hypodermiques d'éther*. Th. doct. Bordeaux, 1884.

Quand on injecte profondément dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles des régions interne et externe de la face postérieure de la cuisse d'un cobaye un demi-centimètre cube d'éther sulfurique, on provoque toujours une paralysie motrice et sensitive dans les portions du membre situées au-dessous de l'injection. En général, l'anesthésie occupe les deux orteils externes et la face externe de la jambe, mais elle s'étend quelquefois aux trois orteils et à la totalité des téguments de la jambe, parce que l'injection, fusant à travers les interstices musculaires, a atteint les branches du nerf crural. La paralysie motrice frappe la plupart des muscles du pied et de la jambe, de telle sorte que, dans la marche, l'animal traîne son membre inerte comme il traînerait un corps étranger. A ces phénomènes s'ajoutent quelquefois, les jours suivants, des troubles trophiques : tuméfaction œdémateuse du pied, ulcération des orteils et du tarse, chute des ongles, etc.

L'anesthésie et la paralysie se manifestent immédiatement après l'injection. En quelques instants, elles ont envahi toutes les parties qu'elles doivent atteindre, et, une fois développées, elles persistent pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois sans subir aucune modification en plus ou en moins. L'injection d'éther dans la région indiquée plus haut produit donc des phénomènes identiques à ceux que détermine la section du nerf sciatique à la cuisse, et rien que par la nature et la distribution des symptômes observés, on est amené à supposer que l'éther exerce une action locale sur les nerfs avec lesquels il est mis en contact.

Pour étudier le mécanisme de cette action, il convient de soumettre à un examen histologique régulier des segments du nerf situés *au-dessus*, *au niveau* ou *au-dessous* de l'injection et recueillis sur des animaux après une survie de quelques heures, de quelques jours ou de plusieurs semaines.

1° *Au-dessus* de la zone atteinte par l'injection, le nerf nous a toujours paru absolument normal. Dans aucune de nos expériences, nous n'avons pu constater d'altération ascendante des nerfs touchés par l'éther ;

2° *Au niveau* de l'injection, les altérations varient selon la durée de la survie de l'animal en expérience.

(*a*) Lorsqu'on recueille le nerf quelques heures seulement après que l'injection a été pratiquée et qu'on l'examine sur des dissociations faites après macération pendant vingt-quatre heures dans une solution d'acide osmique à 1 pour 150 et coloration par le picro-carmin, l'éosine ou l'hématoxyline, on constate que la myéline a pris une teinte noire mate différente de la teinte bleutée que prennent les fibres nerveuses normales traitées par les mêmes réactifs. En outre, les incisures latérales ne sont plus apparentes, le cylindre-axe n'apparaît plus au centre de la fibre sous la forme d'une bande grisâtre moins foncée que les contours de la gaîne myélinique. Enfin les noyaux des segments interannulaires ne sont plus distincts. Il semble que les fibres nerveuses soient altérées dans leur composition chimique et que la substance du cylindre-axe soit confondue avec la myéline.

Cette hypothèse se confirme et s'impose comme l'expression de la réalité, quand on étudie les nerfs malades par d'autres méthodes. Si, en effet, on pratique des coupes transversales de ces nerfs après l'action de l'acide osmique, on constate que la plupart des tubes nerveux sectionnés perpendiculairement à leur axe apparaissent sous la forme de cercles à contours irréguliers, *dont l'aire est d'un brun uniforme*. Le cylindre-axe qui se distingue si nettement, par cette méthode,

sur des nerfs sains, n'est plus différencié de la gaine myélinique sur des nerfs touchés par l'éther, quelques heures avant la mort de l'animal, ainsi qu'il est facile de le voir par les préparations.

La méthode suivante donne des résultats tout aussi démonstratifs. On sait que lorsqu'on plonge des nerfs sains pendant vingt-quatre heures dans de l'alcool, ou pendant une demi-heure dans du chloroforme bouillant, avant de les soumettre à l'action de l'acide osmique et de les colorer au picrocarmin, on obtient des images dont l'étude a été soigneusement faite par MM. Ewald et Kühne, Tizzoni, Golgi, Hesse, Pertik, Waldstein et Weber, etc. La myéline a été dissoute; dans l'intérieur de la gaîne de Schwann, on aperçoit le réseau de substance kératinique; enfin, au centre de la fibre nerveuse, le cylindre-axe apparaît avec une admirable netteté. En soumettant à cette méthode des nerfs mis en contact avec l'éther pendant la vie, on retrouve bien le réseau kératinique (moins régulier peut-être que dans les conditions normales), mais le cylindre-axe n'existe plus.

(b) Les altérations provoquées par le contact de l'éther avec les nerfs vivants persistent pendant plusieurs jours avec les mêmes caractères que nous venons de décrire. Que l'animal soit sacrifié six, huit, dix jours après le début de l'expérience, le segment du nerf atteint par l'injection a toujours les mêmes apparences. — C'est vers le quinzième jour seulement que les fibres altérées commencent à subir des modifications notables. La myéline devient pulvérulente et se résorbe lentement. Puis le tube se régénère par une évolution que nous étudierons ultérieurement dans une communication spéciale.

3o *Au-dessous* de l'injection, les rameaux nerveux provenant du tronc touché par l'éther subissent la série des altérations qui caractérisent la dégénération Wallerienne. Ces altérations évoluent exactement comme après la section des nerfs. Elles deviennent très apparentes dès le quatrième jour et elles sont déjà avancées à un moment où les points atteints par le contact de l'éther ne sont pas encore en voie de désintégration pulvérulente et de résorption.

L'existence de la dégénération Wallerienne typique, au-dessous des segments touchés par l'éther, complète les données fournies par l'examen direct des fibres nerveuses de ces segments; elle prouve que le nerf est interrompu dans sa continuité physiologique et l'examen histologique montre que cette interruption est le résultat d'une modification dans les rapports et la composition chimique des substances qui constituent les tubes nerveux. En fait, l'éther mis au contact des fibres nerveuses vivantes détermine une *nécrose immédiate* des fibres qu'il a atteintes. Il agit comme un poison chimique du nerf. Au niveau des points nécrosés, les tubes nerveux subissent une désintégration lente et sont résorbés molécule à molécule. Au-dessous, ils dégénèrent selon le mode Wallerien comme le feraient des nerfs sectionnés. L'expérience suivante démontre, ce me semble, la légitimité de cette interprétation. Sur un animal vivant, nous pratiquons une section transversale du nerf sciatique aussi près que possible de son émergence à la fesse, et le même jour nous injectons un demi-centimètre cube d'éther à la partie inférieure de la cuisse. Huit jours après, nous sacrifions l'animal et nous examinons comparativement : *a* le segment du nerf compris entre la section et le foyer de l'injection ; *b* le segment touché par l'injection ; *c* les rameaux sous-jacents. Les fibres provenant du segment compris entre la section et l'injection, et les fibres provenant des rameaux terminaux sont en voie de dégénération Wallerienne et présentent, à un degré identique, les apparences qui caractérisent ce mode de dégénération : fragmentation en boule de la myéline, multiplication des noyaux, section et destruction du cylindre-axe. Les fibres provenant du segment touché par l'éther ont un aspect tout différent. La myéline y est continue, confondue avec la substance du cylindre-axe ; il n'y a pas traces de multiplication nucléaire ; la résorption des parties nécrosées n'est pas encore commencée.

Si, sur un autre animal, on sectionne le sciatique à la fesse, quelques jours avant de pratiquer l'injection d'éther à la cuisse, la dégénération commencée dans toute la longueur du segment périphérique du nerf sectionné s'arrête dans les points atteints par l'injection. Le réactif tue sur place les noyaux et le protoplasme des tubes nerveux ; il fixe dans leur forme les boules de myéline déjà formées et, tandis que le reste du nerf continue à subir les diverses phases de la dégénération Wallerienne, le segment touché par l'éther se résorbe peu à peu d'après le mécanisme qui préside à la disparition graduelle des éléments nécrosés.

Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent s'applique à l'action de l'éther sulfurique seul. Il convient d'ajouter que d'autres éthers paraissent agir exactement de la même façon sur les nerfs périphériques, du moins sur ceux des cobayes, des lapins et des chats. Tels sont les éthers sulfurique, nitrique, acétique. L'éther chlorhydrique nous a semblé avoir des effets moins violents. Au contraire, les éthers formique et valérianique ont donné lieu à des tuméfactions locales considérables et à des gangrènes qui ne nous ont pas permis d'étudier avec précision les résultats de leur contact avec les nerfs.

Les faits que nous venons d'exposer ont, croyons-nous, un certain intérêt théorique, car ils expliquent l'un des modes de production des névrites périphériques, en dehors de toute intervention des centres nerveux. Il n'est pas impossible qu'ils aient des applications pratiques, car si les injections d'éther poussées au voisinage des troncs nerveux sont susceptibles de provoquer des nécroses locales des nerfs, équivalant physiologiquement à la section de ces nerfs, ne serait-il pas rationnel de les employer dans un certain nombre des cas cliniques pour lesquels on pratique aujourd'hui l'élongation ou la névrotomie ?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel.

I. SUR L'ADMINISTRATION SOUS-CUTANÉE DU CALOMEL DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par les docteurs KOPP et CHOTZEN, assistants du professeur NEISSER (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1886, n° 4). — II. SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CALOMEL, par le docteur A. KRECKE. — Idem, par K. KOPP (*Münchener medic. Wochenschrift*, 1887, n° 6). — III. TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CALOMEL EN SUSPENSION DANS L'HUILE DE VASELINE, par M. F. BALZER, médecin de l'hôpital de Lourcine (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*

de Paris, 1887, n° 5, p. 112). — Idem, par M. Du Castel, médecin de l'hôpital du Midi (*Ibidem*, p. 119).

I. Une très intéressante communication que M. Balzer a faite dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux (11 mars) vient d'attirer l'attention des médecins français sur un traitement de la syphilis, qui a été beaucoup préconisé dans ces derniers temps à l'étranger, en Italie et en Allemagne principalement; il s'agit du traitement de cette maladie par les injections sous-cutanées de calomel.

Nous avons déjà consacré à cette question de thérapeutique un fragment de Revue, à propos d'un travail de M. Neisser, dont nous avons donné une analyse substantielle (1). Cette note pourrait encore aujourd'hui servir de résumé pour fixer les médecins sur les avantages qu'on attribue et sur les inconvénients qu'on reproche au traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, et sur la technique de ces injections. Si, néanmoins, nous revenons sur cette méthode de traitement, c'est que sa valeur pratique, malgré les expériences assez nombreuses faites dans le cours de ces deux dernières années, reste très controversée, qu'il est indispensable, pour s'en faire une idée, tant soit peu juste, de prendre connaissance du plus grand nombre possible de documents cliniques afférents à cette question; c'est aussi pour insister sur certain perfectionnement apporté par M. Balzer à la technique des injections.

Parlons d'abord des avantages qu'attribuent à l'emploi des injections de calomel ceux qui représentent ce procédé de traitement de la syphilis comme supérieur à tous les autres. Parmi ces avantages, il en est un qui est hors de conteste, c'est celui qui résulte de la *rareté de l'intervention*. Une cure anti-syphilitique par les injections sous-cutanées de calomel comprend quatre, au plus (et exceptionnellement) six injections, échelonnées à des intervalles de huit à quinze jours. Durant ces intervalles, le syphilitique, sauf le cas d'une complication dont il sera parlé plus loin, peut vaquer à ses occupations. Donc, double gain de temps, pour le patient et le médecin; économie d'argent pour la collectivité, qui n'a plus à pourvoir à l'entretien des syphilitiques en puissance d'accidents peu menaçants, qui ne portent pas une atteinte grave à l'état général, et pour les sujets qui se font traiter à leurs frais, qui n'ont qu'une dépense très minime à s'imposer pour l'achat des médicaments. Un autre avantage, qui n'est pas à dédaigner dans certaines circonstances de milieu, découle de ce que les malades se trouvent dans l'impossibilité de se soustraire par la fraude au traitement anti-syphilitique.

La rareté des injections est en rapport avec la lenteur avec laquelle le mercure déposé sous la peau, à l'état de calomel, est absorbé, après transformation préalable du calomel, en sublimé. Le traitement équivaut à une absorption lente de doses très minimes de sublimé, qui se prolonge pendant des mois, voire au-delà d'une année, comme on en peut juger par les résultats que donne la recherche du mercure dans les urines. Cette longue imprégnation de l'organisme par le mercure, qu'on ne trouve réalisée avec aucun des autres modes d'administration des préparations hydrargyriques, a été invoquée comme une circonstance propre à conférer au traitement de la syphilis par les injections de calomel une efficacité supérieure. On est en droit de se demander si la preuve de cette supériorité d'action a été faite, en présence des renseignements un peu vagues fournis par les partisans des injections de calomel, à la place de statistiques comprenant des faits dûment et assez longuement observés.

Ainsi M. Neisser se borne à dire que l'effet des injections de calomel a toujours été évident; que même des exanthèmes papuleux ont souvent disparu à la suite des deux premières injections; que l'efficacité du traitement a été particulièrement éclatante *dans des cas d'iritis syphilitiques*. Relativement à l'influence du traitement sur la fréquence des récidives, il fait savoir que celles-ci ont été notées chez 13 malades (26 0/0) sur 53 dont les observations ont pu être utilisées pour l'appréciation de ce point spécial. Restait à savoir si, employées avant l'apparition des accidents secondaires, les injections de calomel pourraient atténuer ou prévenir ces accidents. Les faits observés par M. Neisser ne lui ont rien appris de concluant à cet égard.

M. Krecke déclare que le résultat thérapeutique des injections de calomel a toujours été très favorable, qu'il a fallu en moyenne six injections pratiquées en l'espace de quatre semaines et demi pour faire disparaître les manifestations extérieures de la syphilis, mais que ce résultat a été quelquefois obtenu à la suite de la deuxième injection.

M. Kopp, ex-assistant de M. Neisser, affirme que des injections de calomel, au nombre de 2 à 4, suffisent pour venir à bout des manifestations les plus graves de la syphilis. Il a noté 13 fois des récidives, sur un ensemble de 56 malades traités.

M. Balzer annonce qu'il a pu vérifier d'une manière générale l'exactitude de ce qu'avait annoncé Smirnoff touchant l'efficacité des injections sous-cutanées de calomel contre les manifestations secondaires de la syphilis. Dans le plus grand nombre des cas, dit M. Balzer, les accidents, éruptions ou plaques muqueuses, ont cédé dès la seconde injection. Pour un petit nombre, une seule injection a suffi. Mais, un peu plus loin, M. Balzer ajoute que si les éruptions cèdent très vite « les plaques muqueuses sont plus rebelles, surtout celles de la langue et de la bouche, pour lesquelles les soins locaux ne peuvent pas être aussi efficaces ». En fait de cas rebelles, M. Balzer cite celui d'une jeune femme « chez laquelle une iritis est survenue pendant le traitement, après la seconde injection ». Or, ainsi qu'il a été dit plus haut, M. Neisser a précisément signalé l'iritis syphilitique comme particulièrement justiciable du traitement par les injections de calomel.

Parmi les cas heureux, M. Balzer mentionne « celui d'une fille publique, très alcoolique, chez laquelle les injections, *jointes à l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes*, ont rapidement fait cesser des accidents cérébraux avec contracture faciale du côté gauche. » La médication ayant été complexe, ce fait ne prouve rien en faveur de la rapidité d'action des injections de calomel. C'est du reste ainsi que M. Balzer comprend les choses; en effet, parlant ensuite des excellents résultats obtenus par Smirnoff dans le traitement des accidents tertiaires par les injections de calomel, il ajoute ceci : « Nous ne pouvons guère donner notre opinion sur ce point, car, tout en faisant des injections de calomel pour les gommes de la peau, nous avons toujours cru devoir donner aussi l'iodure de potassium. » Enfin, sur la question des récidives, M. Balzer ne veut pas non plus se prononcer, étant donné le peu de temps depuis lequel il expérimente la méthode.

M. Du Castel, dans les réflexions très sages qu'il a déve-

(1) Voir Gazette médicale de Paris, 1885, n° 43, p. 511.

loppées à la suite de la communication de M. Balzer, a cité le cas d'un malade atteint depuis plusieurs mois de syphilis grave, chez qui des poussées éruptives abondantes et facilement ulcéreuses se succédaient incessamment, malgré le traitement mis en œuvre. M. Du Castel crut trouver là une occasion toute indiquée de recourir à la méthode des injections sous-cutanées pour l'administration du mercure; mais, au lieu de calomel, il employa l'oxyde jaune de mercure, moins irritant. « Une injection d'oxyde jaune fut pratiquée; elle fut suivie d'une éruption buccale plus abondante que toutes celles observées jusque-là; le pourtour de la bouche, celui des fosses nasales, furent aussi envahis; des ulcérations nombreuses et profondes se produisirent en même temps que la face devenait le siége d'une tuméfaction considérable. » M. Du Castel, se demandant s'il s'agissait là d'une coïncidence fortuite ou d'une relation causale, n'osa renouveler l'expérience chez ce malade, qui fut long à entrer en voie de guérison. « Les émotions que m'a données l'observation de ce fait, ajoute M. Du Castel, m'ont rendu très prudent dans l'emploi des injections chez les malades atteint de syphilis grave, menacés d'accidents buccaux sérieux. »

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de Lyon. — Compte-rendu des travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône (du 1er janvier 1860 au 31 décembre 1885). Première partie, par le docteur A. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté, secrétaire du Conseil. Un volume in-8 de 470 pages. — Lyon, 1887, A. Storck.

Parler souvent entraîne à des répétitions. Le Conseil d'hygiène du Rhône, qui met un quart de siècle à préparer son compte-rendu, évitera sûrement cet écueil. Mais tout le monde regrettera cette extrême réserve en lisant la publication actuelle qui renferme des études du plus haut intérêt.

Cette première partie s'intitule à bon droit : *Hygiène de Lyon.* Il n'y est question, en effet, que des conditions sanitaires de la seconde ville de France. Et l'on conviendra qu'avec ses 400,000 habitants elle présentait un nombre de particularités avec lesquelles le reste du département n'a rien à faire, de même qu'elle méritait une place à part et en vue.

Comme tous les secrétaires des Conseils d'hygiène, M. Lacassagne a eu de nombreux collaborateurs dans l'œuvre qu'il signe. Il a toujours le mérite de la mise en ordre des matériaux; peut-être même a-t-il provoqué certaines notices; finalement, il y a mis son remarquable travail sur « *la Morgue et l'obitoire* » de Lyon.

Il est difficile de résumer cette hygiène urbaine qui est surtout une collection de faits. Nous nous arrêterons sur quelques chapitres particulièrement intéressants ou qui nous ont attiré d'une façon spéciale.

La *Météorologie lyonnaise*, de 1854 à 1885, ouvre la série. Il convient de prendre surtout les chiffres recueillis depuis 1878, époque à laquelle la station d'observation a été transportée, du centre de la ville où les résultats étaient faux, au milieu du parc de la Tête-d'Or. Ces chiffres donnent les moyennes suivantes : pression moyenne, 0m,7455; température moyenne annuelle, 9°,8; maximum, 34°; minimum, 12°,5. Pluie, 0m,841; nombre de jours pluvieux, 151. Neige, 0m,0648. Vents dominants, nord et est.

Vient ensuite un chapitre de *Géologie* dans lequel on considère d'abord les formations terrestres de l'arrondissement, puis le sous-sol de la ville de Lyon. Les applications d'hygiène y sont enchevêtrées et cherchent à formuler tout de suite la conséquence sanitaire qui découle de chaque fait géologique d'une certaine importance révélé par cette étude. L'influence de la nature du sol sur la qualité et le régime des eaux tient naturellement la plus grande place dans ces applications. Le terrain d'alluvions et la couche argilo-sableuse dite *lehm* jouent un très grand rôle dans les phénomènes qui, dans cet ordre de faits, dépendent de la science sanitaire. En général, ce sont les alluvions qui renferment la nappe souterraine et c'est le *lehm* qui la supporte. Or, la ville de Lyon, à l'exception des hauts quartiers de Loyasse, Fourvière, Sainte-Foy, la Croix-Rousse, est bâtie sur les alluvions.

La *population* de Lyon est actuellement de 401,000 habitants, répartis sur à peu près 4,000 hectares de superficie. Ce qui met à 100 habitants par hectare la *densité moyenne* de la population. En réalité, il y a des sections; surtout au centre, qui ont 600, 800, 1,000 habitants par hectare. Les naissances sont de 8,000 à 9,000 par an et assez régulièrement inférieures en nombre aux décès; les unes et les autres étant aux environs de 22 ou 23 pour 100. Ce n'est pas exagéré comme mortalité; mais c'est une natalité faible.

Ce vaste groupe consomme 45 millions de kilogrammes de pain, soit 131 kil. par tête et par an; 658,000 hectol. de vin; 31,000 hectol. de bière; 16,000 hectol. d'alcool (environ 4 litres 50 par tête). La moyenne de viande fraîche est, depuis cinq ans, de 71 kil. Le service de l'inspection des viandes est confié à 1 inspecteur principal, 4 inspecteurs vétérinaires, 8 contrôleurs, et fonctionne exactement.

Un *Laboratoire municipal* d'analyses a été ouvert en 1882, avec 1 directeur, 1 sous-directeur, 1 préparateur auxiliaire, 3 inspecteurs, 1 garçon. Il fait plus de 2,000 analyses par an, dont 1,650 demandées par le public. Les analyses *qualitatives* ne paient pas. L'existence de ce laboratoire a eu tout d'abord pour résultat de faire diminuer considérablement le mouillage du lait et du vin, la falsification des cafés et poivres. Le laboratoire vérifie aussi la composition et l'état d'entretien des ustensiles des restaurateurs, des pompes à bière. En 1884, au moment où le choléra régnait à Toulon et à Marseille, il examina même préventivement « l'eau des puits au point de vue des infiltrations des matières des fosses d'aisance. » Il est assez remarquable que l'on n'ait constaté que trois fois ces infiltrations, quoique l'examen ait porté sur « un grand nombre de puits. »

C'est-à-dire que la nappe souterraine, même dans Lyon, où elle a tant de chances contre elle, n'est pas très impure. Aussi la mortalité n'est-elle pas absolument élevée dans la grande ville, quoique les puits y soient nombreux. Au fond, la distribution tout entière de Lyon, les fameuses galeries filtrantes et l'usine de Saint-Clair, donnent surtout aux habitants de l'eau de la nappe souterraine et assez peu d'eau du Rhône, comme M. Durand-Claye et M. Herscher l'ont fait remarquer à M. Rollet, au Congrès de Genève, en 1882. Ce qui explique pourquoi cette eau ne ressemble guère à l'eau fluviale et pourquoi elle est meilleure, car la filtration de l'eau du fleuve à travers la paroi des galeries filtrantes ne serait pas une garantie bien sérieuse. Mais, à Lyon, on tient toujours

pour cette théorie bizarre qui vent que ce soit les fleuves qui alimentent la nappe souterraine. « La nappe d'eau souterraine, dit-on, n'est antre chose qne le Rhône sous terre. » Or, il est certain que le Rhône, au contraire, est en partie la nappe souterraine visible.

Quoi qu'il en soit, l'usine Saint-Clair peut fournir, même pendant la saison chaude, 200 litres d'eau par habitant. Cette eau n'est pas manvaise, puisque Lyon se porte assez bien. Néanmoins, il existe un « projet Michaud », qui consisterait à amener celle des sources captées de la vallée de l'Ain, qui est probablement encore meilleure. Elle a, du moins, pour elle que MM. Chauveau et Arloing ont constaté « que les eaux du Seymard, du Pollon et du Neyrien, puisées à leur source même, ne renferment ni germes ni micro-organismes... ». Suivant M. Michaud, cette distribution pourrait assurer à la ville 500 litres par tête et même le double.

L'enlèvement des ordures ménagères, à Lyon, est bien organisé. On y emploie régulièrement un seau à immondices, qui peut passer pour le précurseur de la « Poubelle ». Ce seau est enlevé à bras d'homme et chargé dans le tombereau qui passe de 7 h. à 10 h. en été, de 8 h. à 11 h. en hiver. Le cube journalier d'immondices enlevées est de 500 m. c. environ. La ville paie annuellement 4,203,000 fr. pour ce service, joint à celui du balayage et de l'arrosage des rues.

On compte 3,688 fontaines ou orifices de distribution d'eau, 241 urinoirs ou latrines publiques, 854 ares de squares ou jardins, sans compter la Tête-d'Or (104 hect. 74).

L'éclairage représente près de 8,000 becs de 140 litres. Un règlement de 1874 fixe le rapport entre la hauteur des maisons et la largeur des rues. M. Clément, dans un travail qu'a publié la REVUE D'HYGIÈNE (tome VII, p. 89, 1885), a montré quelles doivent être les bases de ces fixations, d'après la latitude et le degré actinométrique local.

Les *égouts* à Lyon et les *vidanges* sont fort en retard. Nos confrères lyonnais en prennent leur parti avec une sorte de crânerie et semblent croire que le moyen de sauver la situation est de déclarer carrément qu'elle ne saurait être meilleure. Il va sans dire que leurs arguments ne nous ont point convaincu et, malgré le rang sanitaire si avantageux de Lyon, nous croyons qu'une grande et belle ville, comme elle est, doit à ses habitants un système plus conforme à l'esthétique, à la propreté et au bien-être.

Voici ce qu'en disait M. J. Teissier en 1881, au nom d'une Commission de la Société de médecine : « Ici, ce sont des fosses fixes que des propriétaires parcimonieux ont percées sur une de leurs parois pour en rendre moins coûteux les frais de curage.... Là, au contraire, ce sont des latrines s'ouvrant directement dans l'égout et qui permettent de jeter dans nos canaux des matières organiques putréfiées qui, tombant dans des conduits à pente insuffisante et incomplètement lavés, viendront entretenir, sinon engendrer directement, des maladies épidémiques.... Ailleurs, ce sont des branchements particuliers qui viennent apporter à l'égout les excrétions de tout un immeuble, alors que nos collecteurs viennent s'ouvrir presque dans la ville, échelonnés le long de nos deux rivières. » En résumé « système de fosses d'aisances des plus irréguliers et des plus insalubres ; égouts défectueusement construits et incomplètement lavés ; pollution de nos rivières par les eaux d'égout contenant des matières de vidange ». Tel était le lot de Lyon en 1881, et nous ne relevons pas certains détails particulièrement navrants. Pour la vidange, les procédés « naturalistes » du paysan vidangeur ont longtemps résisté, à Lyon, à la tonne en fer et à la machine pneumatique, comme ils résistent encore à Lille. Puis l'on a pratiqué la *tinette-diviseur* « l'hypocrisie du tout-à-l'égout ». Aujourd'hui, la vidange est exploitée par divers entrepreneurs opérant par aspiration sur place ou à distance. En tête de ceux-ci, on trouve le système Berlier, qu'on n'est pas étonné, dans une situation aussi pénible, d'entendre déclarer supérieur. Les dépotoirs autour de la ville sont la conséquence obligée de ces procédés. D'ailleurs, on a proposé à l'administration municipale de règlementer, par conséquent de consacrer la fosse fixe et d'interdire le libre écoulement des matières à l'égout.

La ville a de bonnes raisons pour ne pas accepter immédiatement l'éloignement des immondices par canalisation souterraine ; c'est que ses égouts sont à refaire et que son approvisionnement d'eau est insuffisant.

Mais pourquoi repousser le tout-à-l'égout en principe? Pourquoi parler de sursaturation des terres arables par les irrigations, des espaces immenses et de demi-département qu'il faudrait à chaque grande ville pour épurer ses eaux d'égout, alors qu'on n'a pas essayé et qu'on ne veut pas le faire ; alors qu'on reconnaît la nécessité de rendre à la terre les excrétions humaines et que, finalement, on accueille volontiers certain projet de « refoulement, par canalisation, du produit brut dans la campagne, pour assurer à la fois la fertilisation, l'assainissement », etc.?

M. Domenget évalue à 100,000 mètres cubes les matières alvines qui pénètrent chaque année dans le sol de Lyon. Ce serait peut-être une raison de drainer radicalement cet impur tribut par une canalisation rationnelle.

Lyon possède quatre *cimetières*, dont deux n'en font qu'un, celui de la Guillotière. Ensemble, ils comprennent 26 hectares et, avec le roulement de cinq ans, suffisent à inhumer « 12,000 morts annuels », dit le rapport, bien que nous ayons vu précédemment que les décès ne dépassent guère 9,000. Toutefois, l'un de ces cimetières (Loyasse) ne satisfait plus aux conditions voulues ; le terrain en est saturé.

Nous avons revu avec plaisir le mémoire de M. Lacassagne « *Morgue et Obitoire* », dont nous avons entretenu le Conseil d'hygiène du Nord en 1881. Les vues de notre savant collègue nous ont paru plus justes que jamais. Ce que nous regrettons, c'est de ne pas voir, à la suite de la reproduction actuelle, la mention que la municipalité lyonnaise les ait traduites en actes, dût-on modifier le projet en ce qui concerne les emplacements.

Les *maladies épidémiques* qui s'observent à Lyon sont d'abord : la *fièvre typhoïde*, qui, de 1876 à 1885, a causé 1,870 décès, soit 187 par an. Le chiffre le plus faible a été 115 décès ; le plus élevé 327 (en 1881). Rapportée aux 400,000 habitants actuels de Lyon, la moyenne, 187, donnerait la proportion de 47 décès par 100,000 habitants, qui représente le double de celle de Londres, mais est probablement un peu faible. L'auteur de cette partie du Rapport attribue la maladie à la fois aux émanations des égouts et à l'eau des puits.

La *variole*, dans la même période, a causé 1,572 décès : moyenne 157,2 par an, avec des écarts de 7 (en 1885), à 400 (en 1880). La *scarlatine*, la *rougeole*, la *diphthérie*, moins sévères, entrent néanmoins pour une part regrettable dans la léthalité.

Le choléra de 1884 n'a fait que 13 victimes à Lyon. La cité,

placée sur la grande route de Marseille à Paris, a bénéficié dans cette circonstance de l'immunité aussi singulière qu'heureuse qu'on lui connait depuis longtemps.

Depuis 1883, Lyon possède un *Office municipal de vaccination* où l'on cultive d'une façon remarquable le vaccin de veau et où l'on distribue gratuitement la vaccine au public, le vaccin aux médecins et sages-femmes du département du Rhône. Je remarque qu'à la troisième année de fonctionnement de cette création, en 1885, le chiffre des décès varioliques est tombé plus bas qu'il n'ait jamais été. Chaque vaccination revient à 0 fr. 15 c.

Des renseignements très utiles sur les *Établissements d'Instruction* et d'*Assistance*, sur la protection des *enfants du premier âge* et des *enfants dans les manufactures*, la *police des mœurs*, la *criminalité* dans le département du Rhône, l'*aliénation mentale*, les *prisons*, etc., terminent ce volume.

Jules Arnould.

REVUE DES THÈSES

Transformations de la personnalité. — Erreurs de personnes chez les aliénés, par le docteur Louis-Emile Dumas. — Thèse de Paris, 1886.

Sujet des plus intéressants, mais que l'auteur a étudié sans méthode suffisante et sans aboutir à des conclusions précises. C'est ainsi, par exemple, que dans la première partie de sa thèse, consacrée aux aberrations et transformations de la personnalité physique, il réunit à la fois : les erreurs de personnes pourtant si différentes des mélancoliques, des maniaques, des fous partiels ; les anomalies de la sensibilité générale, dans lesquelles il fait entrer la croyance délirante des aliénés à leur changement de sexe, à leur transformation en objet, en cadavre, etc.; enfin le dédoublement de la personnalité, dont l'étude eût été mieux placée certainement dans la seconde partie, consacrée aux aberrations et transformations de la personnalité morale. Ce seul phénomène du dédoublement de la personnalité, qui n'occupe que quelques pages dans le travail de M. Dumas, eût amplement fourni matière à une thèse des plus substantielles et des plus intéressantes.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'alimentation dans les maladies consomptives. — Toutes les affections chroniques sans exception, toutes les maladies consomptives, sont forcément tributaires de la médication reconstituante. Les convalescents, les phthisiques, les dyspeptiques, les vieillards débilités, ont besoin d'une alimentation qui se fasse accepter par leurs organes affaiblis et ne leur impose pas un travail au-dessus de leurs forces. Ces vérités, devenues presque banales aujourd'hui, ont cependant mis bien du temps à se faire jour. Les saignées et les purgations étaient les principaux moyens d'action de l'ancienne médecine. Il en résultait pour le malade un affaiblissement qui venait s'ajouter à celui causé par la maladie elle-même. Aussi les convalescences étaient-elles longues et pénibles.

Aujourd'hui, en même temps que l'on oppose aux maladies les médicaments spécifiques dont s'est enrichie la thérapeutique, on veille à parer aux dangers de l'anémie, qui suit souvent le traitement le mieux institué; et, pour cela, on soutient le malade à l'aide d'une nourriture appropriée.

Le bouillon, dont l'action nutritive a été cependant contestée, a pour lui, tout au moins, d'exciter l'appétit, et il remplace dans bien des cas avantageusement les tisanes. Le lait rend également de très grands services. L'alcool, auquel on a reconnu la propriété de ralentir le mouvement de désassimilation, est à sa manière un aliment, car c'est un agent de nutrition indirecte. C'est à lui qu'il faut attribuer l'efficacité de la potion de Todd, des vins de Banyuls, Moschatel, Lunel, prescrits si souvent maintenant pendant les convalescences. Enfin, un certain nombre de formules pharmaceutiques ont été imaginées dans le but de faciliter l'alimentation des malades. L'élixir alimentaire Ducro notamment, bien connu des praticiens, paraît être le véritable type du médicament aliment. L'alcool et la viande concourent à sa préparation, et les écorces d'oranges amères lui communiquent des propriétés apéritives et un goût rappelant le curaçao, qui le fait accepter de tous les malades. Aussi est-il pour nous une précieuse ressource, surtout lorsque nous avons affaire, comme il arrive trop souvent, à des estomacs refusant toute nourriture.

Dans la plupart des maladies chroniques, phthisie, épuisement, anémie, dyspepsies de cause organique ou autres, affections cancéreuses, l'élixir alimentaire Ducro, donné entre les repas à la dose de trois à quatre verres à liqueur par jour, nous a parfois émerveillé par la puissance et la continuité de son action analeptique. Nous n'insisterons pas davantage sur les services que nous rend couramment cette préparation dans notre pratique médicale, mais nous les avons jugés dignes d'être signalés à l'attention de nos confrères.

Dr Liégeard.

NOTES & INFORMATIONS

Comité de l'Institut Pasteur. — Une réunion a eu lieu, sous la présidence de l'amiral Jurien de la Gravière, le 21 mai.

Les statuts ont été approuvés. Le Comité a ensuite procédé à l'élection de cinq membres destinés à compléter le chiffre légal de trente membres dont doit se composer le Comité de toute Société qui veut être reconnue, et à remplir aussi les vides causés par la mort de MM. Paul Bert, Béclard, Gosselin et Vulpian, qui faisaient partie du Comité primitif.

Ont été nommés membres du Comité : MM. Chamberland, chef du laboratoire Pasteur; Vallery-Radot, docteurs Roux, Duclaux et Chauveau.

Dès que le Comité aura constitué son bureau, le décret reconnaissant d'utilité publique l'Institut Pasteur sera soumis à M. Grévy. Les travaux de construction des bâtiments vont prochainement commencer.

— Une conférence sur la syphilis héréditaire. — Le vendredi 20 mai, à l'hôpital Saint-Louis, M. Diday (de Lyon) a fait dans l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté une conférence très appréciée sur la « *Théorie de la syphilis héréditaire* ». La syphilis n'est pas héréditaire au même titre que certaines diathèses ; l'atavisme, en matière de vérole, ne remonte jamais au-delà du père. On hérite de la syphilis de son père; on ne la saurait tenir de son grand-père. Il ne s'agit pas non plus d'un simple fait de contagion; le procédé est mixte, c'est « *de la contagion mâtinée d'hérédité* ». Pour expliquer la transmission du père à l'enfant, M. Diday admet que les spermatozoïdes syphilitiques contagionnent l'ovule en le pénétrant; celui-ci infecte la mère, qui transmet alors la contagion à son produit par l'intermédiaire des relations vasculaires du système utéro-placentaire. Ce sont là des vues un peu hypothétiques sans doute, mais ingénieuses, bien en accord avec

les faits observés et que le conférencier a brillamment exposées.

— DROITS D'INSCRIPTION. — Les délégués des étudiants de Paris ont été reçus il y a quelque temps déjà par M. Floquet, à qui ils ont exposé leurs doléances relativement aux droits d'inscription. Le président de la Chambre les a engagés alors à demander à M. Rouvier d'être entendus par la Commission du budget. Le président de la Commission du budget a promis de reporter à l'année prochaine, au moment de la discussion du budget de 1888, la réclamation des étudiants.

— ITALIE. — La première réunion de la Société de statistique internationale a eu lieu récemment à Rome, et il a été décidé que la prochaine se tiendrait à Paris en 1889.

Parmi les communications qui ont été faites dans cette session et qui intéressent plus particulièrement le corps médical, nous croyons devoir citer celle de M. Vacher, député de la Corrèze, *sur la diminution de la mortalité depuis le siècle dernier* D'après notre confrère, cette diminution est un fait général que démontre la statistique d'un grand nombre de pays. C'est ainsi, par exemple, qu'on trouve, comme décès, 34 % en 1770, et 24 % en 1880 pour la France; 28 0/0 en 1760, et 17 0/0 en 1880 pour la Suède, etc.

M. Vacher estime que la diminution mortuaire est due uniquement aux progrès de l'hygiène publique, et M. L. Bodio a confirmé ces conclusions en ce qui concerne l'Italie, où le nombre des décès diminue progressivement depuis 1876, grâce aux diverses améliorations hygiéniques réalisées et surtout au dessèchement des marais.

La question de la mortalité humaine, qui a une si grande importance au point de vue des forces vives de chaque nation, a fait l'objet d'une assez longue discussion, de laquelle il résulte que les gouvernements devraient organiser l'hygiène publique sur des bases plus puissantes et accorder à l'administration sanitaire des moyens d'action plus efficaces.

Semaine Médicale.

— Un nouvel Institut clinique va s'ouvrir la semaine prochaine à Berlin. Cet établissement sera consacré à l'enseignement des maladies des fosses nasales, du larynx et du pharynx. C'est au professeur Fraenkel qu'est confié le cours de laryngoscopie et rhinoscopie.

— M. le préfet de police vient d'ordonner à MM. les commissaires de la banlieue Nord de diriger tous les varioleux qui se trouveront dans leur circonscription sur un pavillon spécialement destiné par l'Assistance publique aux malades atteints d'affections contagieuses et qui vient d'être installé près la porte d'Aubervilliers.

En outre, une surveillance rigoureuse devra être exercée sur les garnis, et les propriétaires d'hôtels qui auraient fait de fausses déclarations relativement aux maladies des gens logés chez eux seront poursuivis conformément aux lois.

AUTRICHE. — Le professeur Billroth est très gravement malade. On craint fort une issue funeste.

Billroth a 58 ans. Il est pair d'Autriche.

— RUSSIE. — Une Commission médicale, dirigée par le docteur Rapschewski, quittera prochainement Saint-Pétersbourg pour aller étudier une maladie connue sous le nom de « tumeur de Pendel », qui sévit depuis plusieurs années sur les troupes russes des provinces au delà de la mer Caspienne.

Les troupes du général Komaroff, qui sont stationnées dans la vallée de Murghard, ont particulièrement été atteintes de cette maladie. Depuis l'été de 1884, le mal a attaqué 90 pour 100 des soldats qui ont été pour la plupart rendus impropres au service pendant plusieurs mois.

Les médecins croient que la maladie est causée par des microbes; mais ils vont maintenant se livrer à une étude approfondie, afin d'en déterminer la nature exacte.

Bulletin médical.

— Le Conseil de santé de la province du Cap-Vert a déclaré suspectes de variole les îles Brava, du Fogo, San-Uriago et Maio.

Les autorités sanitaires ont déclaré infecté de choléramorbus le port de Buenos-Ayres, et suspects de la même épidémie les autres ports des Républiques Argentine et de l'Urugay.

— ÉTUDIANTES EN AUSTRALIE. — Dans sa séance du 21 février dernier, le Conseil de l'Université de Melbourne a décidé à une grande majorité l'admission des femmes comme étudiantes en médecine.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Issartier, sénateur de la Gironde, décédé le 23 mai 1887, à l'âge de 71 ans.

— Nous apprenons également la mort de MM. Monnégur, sénateur de la Gironde; Ch. Coste, de Saint-André-de-Sagonis; Ricorne, de Vials-le-Fort; Ranson, de Jarnac; J.-P. Rousseau, ancien médecin de la marine; Carl Friedlander, privatdocent d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin; Eben Watson, professeur de physiologie à l'Andersonian University de Glasgow; R. Castorani, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Naples; Stefano Fenoglio, de Venise.

— Les obsèques du professeur Vulpian ont eu lieu samedi avec l'éclat et au milieu de l'affluence que l'on doit s'attendre à rencontrer autour du cercueil d'un savant illustre et d'un homme de bien aimé de tous ceux qui ont eu l'occasion de le connaître et d'apprécier ses rares qualités. Il y a peu de chose à ajouter aux discours prononcés sur sa tombe et dans lesquels chaque orateur, envisageant la carrière scientifique du défunt à un point de vue particulier, a eu soin de mettre en relief les titres les plus marquants de celui qu'il avait à louer. Les paroles émues de M. Charcot, inspirées par une amitié d'ancienne date et par le souvenir de longues années de collaboration et de lutte, sont l'expression la plus complète des sentiments que cette mort si soudaine a fait naître parmi les amis et les élèves du maître regretté.

Qu'il soit permis cependant à un de ces derniers d'exprimer ici personnellement les sentiments de profonde sympathie que le nom de Vulpian évoque chez tous ceux qui eurent la bonne fortune de le connaître et de mettre à profit toutes les lumières de son enseignement médical. M. Vulpian n'était pas seulement un physiologiste et un expérimentateur de premier ordre, il s'était révélé aussi depuis longtemps comme un clinicien d'une valeur éprouvée, et la science lui est redevable de grands progrès, principalement dans le domaine des maladies du système nerveux, à l'étude desquelles il s'était consacré dès le début de sa carrière médicale. Dans cette voie il a formé de nombreux élèves, dont quelques-uns sont devenus maîtres à leur tour. Tous conserveront précieusement le souvenir de ce savant bienveillant et modeste, d'un cœur dévoué et de relations sûres sous un extérieur froid, et dont la

mort, en même temps qu'elle crée un vide profond dans la science française, est pour tous les siens un deuil irréparable.

Dr P. Mnselier.

Académie des sciences. — Le lundi 23 mai a en lieu l'élection d'un nouvel académicien, pour remplacer Paul Bert.

Ont obtenu, au premier tour de scrutin : MM. Bouchard 27, Germain Sée, 22, Villemin 15 voix.

Au second tour, M. Bouchard a été élu par 32 voix contre 22 à M. Germain Sée et 6 à M. Villemin.

Faculté de médecine de paris. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique chirurgicale, et de chefs de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 27 juin 1887, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat médical : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ;

2o Pour le clinicat chirurgical : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint,

3° Pour le clinicat des maladies du système nerveux : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 20 juin 1887. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Pour le clinicat médical et le clinicat des maladies du système nerveux, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours ; pour le clinicat chirurgical, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou aide d'anatomie.

— *Concours de l'adjuvat* — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie, s'est terminé le lundi 23 mai 1887. Les questions données pour les deux dernières épreuves avaient été : *a*. pour l'épreuve orale : l'artère sous-clavière ; *b*. pour l'épreuve de dissection : le nerf crural et le nerf obturateur à la cuisse.

Les candidats nommés sont : par ordre de mérite : 1o aides d'anatomie titulaires : MM. Jonesco, Chevalier, Riefel, Legueux, Reguauld et Rollin ; 2o aides d'anatomie provisoires : MM. Vallat, Reboul et Dumaret.

— Par décret du 6 mai 1887, M. Parmentier, professeur de chimie à la faculté des sciences de Montpellier, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de chimie de la faculté des sciences de Clermont.

M. Gouy, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la faculté des sciences de Lyon.

M. Girod, docteur ès sciences, maître de conférences de sciences naturelles à la faculté des sciences de Clermont, est nommé professeur-adjoint à ladite faculté.

Hospices civils de Rouen. — Le jeudi 4 août 1887, un concours aura lieu à l'Hôpital-Général, à trois heures et demie, pour la nomination de médecins-adjoints. — Pour les diverses conditions du concours, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire directeur des hospices à Rouen.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours pour une place de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie sera ouvert le vendredi 24 juin 1887 ; les inscriptions seront reçues au secrétariat de la faculté jusqu'au jeudi 23 juin.

Le traitement de chef des travaux pratiques est de 1,500 francs, et la durée des fonctions est de six ans.

Concours institué par la Société de médecine et de chirurgie de Boulogne. — Elle a mis au concours les deux questions suivantes : « De la valeur des moyens antipyrétiques. » — « De l'antisepsie en chirurgie et de la valeur des antiseptiques. » — Des prix de 500 fr. seront accordés aux meilleurs mémoires parvenus à la présidence de la Société jusqu'au 31 décembre 1888.

Cours de gynécologie opératoire. — MM. Vulliet, professeur à la Faculté de Genève, et Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, commenceront le 6 juin prochain un cours sur les manœuvres et opérations gynécologiques, principalement destiné aux jeunes médecins et aux étudiants arrivés à la fin de leurs études.

Chaque élève sera appelé à pratiquer, soit comme opérateur principal, soit comme aide, toutes les opérations gynécologiques.

On s'inscrit pour le cours chez M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard, chef de clinique adjoint, et Berthod, ancien interne de la Maternité, commenceront un *cours d'accouchements* le mardi 31 mai à 4 heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, no 5. Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera accompagné d'exercices pratiques. Pour les renseignements ou pour se faire inscrire, s'adresser à M. le docteur Boissard, 67, rue Saint-Lazare, ou à M. le docteur Berthod, 139, boulevard Saint-Michel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris

M. Peignon. Extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte. — M. Baillet. Injection de cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode. — M. Mejia. La blessure du péritoine dans la taille hypogastrique. — M. Cullerre. De la péritomie ignée. (Ses applications en thérapeutique oculaire, son mode d'action et ses avantages). — M. Hyvernaud. Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse.

M. Desforges. De l'alcoolisme aigu et chronique dans ses rapports avec l'épilepsie. — M. Alexandre. De la leucocythose dans les cancers.

M. Arturo Reyes y Sardina. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétanilide sur le système nerveux. — M. Hervot. Contribution à l'étude de la périmétrite. — M. Colliuet Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause. — M. Berthod. Les enfants nés avant terme. — La couveuse et le gavage à la Maternité de Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 15 au samedi 21 mai 1887

Fièvre typhoïde 15 — Variole 10 — Rougeole 49 — Scarlatine 4. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup, 36 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 220. — Autres tuberculoses 28. — Tumeurs : Cancéreuses 44. — Autres 6. — Méningite 46. — Congestion et hémorr. cérébr. 55. — Paralysie 8. — Ramollissement cérébral 6. — Maladies organiques du cœur 57. — Bronchite aiguë 23. — Bronchite chronique 38. — Broncho-pneumonie 25. — Pneumonie 76. — Gastro-entérite : Sein 23. — Biberon 46. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 0. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 34. — Sénilité 19. — Suicides 17. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 171. — Causes inconnues 11. — Total de la semaine : 1.093 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Bibliographie des sciences médicales. Index méthodique et catalogue descriptif des livres et journaux, anciens et modernes, français et étrangers, sur les sciences médicales. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils.

Guide du médecin inspecteur de la première enfance, par M. le docteur Limouzin-Lamothe (de Marmont), médecin inspecteur de la première enfance. — Paris, 1887, O. Doin, éditeur.

Célibat et célibataires, caractères, dangers et hygiène chez les deux sexes, par le docteur P. Garnier. — Paris, 1887, Garnier frères, éditeurs.

Note sur l'hémi-rhumatisme ou la prédominance hémilatérale des manifestations du rhumatisme chronique, par le docteur Cazalis, médecin consultant à Aix-les-Bains. — Paris, 1886, O. Doin, éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 23 4 JUIN 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DES PARALYSIES MERCURIELLES.

La plupart des travaux ou documents consacrés jusqu'à ces dernières années aux troubles moteurs de l'intoxication mercurielle se rapportent à l'étude du tremblement. Par contre, les paralysies, à cause sans doute de leur rareté relative et de leur apparition à une phase plus avancée de la cachexie mercurielle, n'avaient pas fixé, comme elles le méritent, l'attention des observateurs. On trouvait, il est vrai, dans le traité de Küsmaul (1), dans la thèse de M. Hallopeau (2), quelques données précises. Plus récemment, les thèses inaugurales de Destay (3), Schoull (4), Gougelet (5), Maréchal (6), avaient produit quelques faits importants. Mais, après tous ces travaux, l'histoire des paralysies mercurielles restait bien incomplète; leurs caractères cliniques n'avaient pas été mis en relief et leur pathogénie ne reposait que sur l'existence probable, mais hypothétique, de lésions centrales ou périphériques du système nerveux. Cependant, les paralysies liées aux intoxications alcoolique, saturnine, arsénicale, provoquaient de nombreuses et fécondes recherches; et, tandis que, grâce aux travaux de Lancereaux, Charcot, A. Gombault, Brissaud, Œttinger, l'étude des névrites toxiques progressait à grands pas, les paralysies mercurielles n'étaient l'objet d'aucune investigation attentive.

M. le docteur Letulle vient de publier sur cette intéressante question des paralysies mercurielles un remarquable travail (1). C'est à ces recherches à la fois cliniques et expérimentales que nous empruntons les données suivantes :

Contrairement à l'opinion courante, que les malades atteints de tremblement mercuriel sont loin d'avoir perdu leur énergie musculaire, M. Letulle établit, au début de son étude clinique, que les sujets soumis à l'intoxication hydrargirique chronique subissent pour la plupart, indépendamment de toute paralysie, un affaiblissement progressif de leur force musculaire; qu'ils soient ou non affectés de tremblement, les ouvriers exposés aux vapeurs mercurielles constatent presque tous une diminution de leur force, qu'ils différencient fort bien de la lassitude causée par les excès de travail. Ce fait ressort clairement des observations dynamométriques faites sur les mineurs d'Almaden et sur un groupe de 10 ouvriers parisiens employés au secrétage des peaux de lapins. Cette diminution de la contractilité musculaire prédomine toujours ou se cantonne aux mem-

(1) A. Küssmaul. *Untersuchung über der Constitutionnellen Mercuralismus*, 1861.
(2) *Action physiolog. et thérap. du mercure*, 1878.
(3) *Essai sur la paralysie mercurielle*, 1879.
(4) *Du tremblement mercuriel*, 1881.
(5) *Du tremblement*, 1883.
(6) *Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente*, 1885.

(1) M. Letulle. *Compte rendu de l'Académie des sciences*, janvier 1887, et *Archives physiologiques*, avril et mai 1887.

FEUILLETON

EXAMEN DU PROJET DE LOI DU GOUVERNEMENT SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, étude par le docteur A. RIANT, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France

Suite et fin. — Voir le numéro 19.

L'article 18 précise les cas où il y a usurpation du titre de docteur :

ART. 18.—Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine :

1o Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi;

2o L'officier de santé reçu en France ou la sage-femme, munie d'un diplôme français, qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Ce dernier abus, trop fréquent, visé dans le 2o de l'article 18, exige, pour tomber sous le coup de la loi, la double condition : 1o Que l'officier de santé ou la sage-femme, munie d'un diplôme français, ait fait suivre son nom de la qualité de docteur; 2o qu'il ou qu'elle *exerce la médecine* en cette qualité. La loi ne règle, en effet, que l'exercice de la médecine et n'atteint que les délits qui s'y rapportent.

Dans quelles circonstances y a-t-il usurpation du titre d'officier de santé ? C'est ce qu'indique l'article 19 :

ART. 19. — Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi;

2o La sage-femme, munie d'un diplôme français, qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

La même observation que nous avons faite à propos de l'art. 18, s'applique à l'art. 19.

La sévérité de la loi, en matière d'exercice illégal, est pleinement justifiée par l'intérêt qu'ont les populations à la suppression ou au moins à la répression énergique de ces abus. On l'a dit avec

bres supérieurs; elle semble se développer en raison directe de l'âge et surtout de la durée de l'intoxication professionnelle, mais elle ne s'accompagne pas d'atrophie musculaire bien notable. Chez les vieux ouvriers mercuriels très amaigris, les masses musculaires s'accusent avec leurs reliefs normaux. Ce dernier point n'est pas sans importance. Un degré de plus, et l'on arrive à la parésie motrice, à la paralysie incomplète.

Les *paralysies* mercurielles sont relativement rares. Elles apparaissent souvent à titre d'accident primitif, parfois elles surviennent chez des sujets affectés de tremblement depuis de longues années. Dans quelques cas, enfin, leur apparition est précédée d'une ou de plusieurs attaques passagères de tremblement mercuriel.

L'hémiplégie totale, accompagnée ou non d'hémianesthésie, est tout à fait exceptionnelle. Souvent il s'agit de paralysies disséminées, circonscrites à des groupes musculaires distincts, mais n'appartenant pas toujours à des territoires nerveux déterminés, sans prédominance bien marquée sur les extenseurs. Cependant elles peuvent revêtir (fait de Rendu, Th. de Destay), le type de la paralysie radiale. Elles se présentent encore sous la forme de monoplégie brachiale ou crurale, associées ou non, ou bien enfin de paraplégies.

Ces paralysies sont généralement incomplètes et flaccides.

Les réflexes tendineux sont conservés ou seulement affaiblis. D'ordinaire, la nutrition du muscle n'est pas intéressée, et on ne trouve pas d'*atrophie musculaire appréciable*.

La contractilité électrique aux courants faradique et galvanique est normale.

Enfin, qu'il s'agisse d'hémiplégie, de monoplégie ou de paralysie localisée, avec l'impotence motrice coïncident presque toujours des troubles de la sensibilité.

En ce qui concerne la *sensibilité générale*, l'affaiblissement de cette sensibilité ou l'anesthésie complète portent rarement sur la totalité d'un membre. Elles se distribuent généralement par plaques, par îlots disséminés. Le tronc est le plus souvent respecté. Ces troubles sensitifs (hypesthésie tactile, perturbations de la sensibilité thermique, hyperesthésie, etc.), sont presque tous légers et fugitifs. Par ordre de fréquence, c'est aux membres supérieurs, aux membres inférieurs et au tronc qu'on les rencontre.

Dans les 11 cas examinés à ce sujet par M. Letulle, la dysentérie n'atteignit jamais la face; jamais elle n'a été non plus franchement et uniquement hémiplégique.

Les *troubles sensoriels*, portant spécialement sur l'ouïe et sur la vue, sont dissociés ou bi-latéraux. Ils contrastent par leur fixité avec le caractère léger et fugitif des perturbations de la sensibilité générale. Ils consistent en une diminution de l'acuité auditive ou visuelle, ou bien encore de l'odorat. L'amblyopie, quand elle existe, ne s'accompagne ni d'hémianopsie ni de dyschromatopsie.

Quelques douleurs spontanées, localisées aux membres paralysés, complètent l'ensemble des troubles sensitifs observés.

A défaut d'autopsie, M. Letulle a tenté d'établir par voie expérimentale de quelles lésions centrales ou périphériques ces paralysies mercurielles dépendent. Le mercure agit-il directement sur la continuité des tubes nerveux périphériques ou bien est-ce secondairement par l'intermédiaire des centres nerveux primitivement lésés? Tel était le problème à résoudre.

Dans ce but, trois séries d'expériences ont été exécutées: 1º injections de peptone mercurique sur le trajet d'un nerf; 2º injections sous-cutanées répétées; 3º inhalations de vapeurs mercurielles (hydrargirisme chronique expérimental).

Les lésions ainsi produites chez les animaux portent uniquement sur le système périphérique. Les centres restent intacts.

Les altérations des nerfs offrent trois ordres de lésions distinctes, mais probablement successives. D'une manière générale, elles sont *segmentaires*, comme celles des nerfs saturnins, c'est-à-dire localisées à un ou plusieurs segments sans intéresser le tube nerveux dans toute sa continuité; elles sont *péri-axiles* en ce sens que la gaîne myélinique est seule atteinte, le cylindre-axe étant respecté. Tuméfaction, trouble de la myéline, désintégration granuleuse, atrophie segmentaire et vacuité de la gaîne de Schwann; telles sont les étapes successives du processus. La destruction du cylindre-axe et la dégénérescence wallérienne sont exceptionnelles.

Le caractère dominant de ces altérations nerveuses, selon M. Letulle (et ce caractère les différencierait nettement des *névrites* saturines, alcooliques, etc.). C'est l'absence de lésions *inflammatoires*. Il n'y a ici ni prolifération du noyau segmentaire, ni tuméfaction du protoplasma, de sorte que

---

raison: Si les médecins souffrent de l'exercice illégal, les malades en meurent.

Est-ce à dire que notre confiance dans les mesures adoptées pour restreindre l'exercice de la médecine par l'ignorance sans mandat, par la cupidité scandaleuse, ou même par la bienfaisance mal comprise, nous aveugle sur ce qui reste à faire? En ces matières, où la crédulité et la sottise humaine jouent un si grand rôle et sollicitent elles-mêmes le charlatanisme jusqu'à lui faire perdre toute mesure et afficher toutes les effronteries, la maxime *Populus vult decipi* sera encore longtemps exploitée. Nous savons bien que, condamné, le charlatan fera encore des dupes; que le magistrat, hors d'état de discerner les choses scientifiques de l'ordre médical, reculera souvent devant l'application de la loi, et que ceux que le charlatan n'a pas guéris ou qu'il a mis en danger, seront bien souvent les premiers et les plus ardents à témoigner en sa faveur.

La disposition du projet de loi n'en aura pas moins été un progrès véritable sur l'état de choses actuel. Elle représente un effort moralisateur, réclamé depuis longtemps, pour réprimer tant de scandaleuses spéculations sur la santé publique.

En quelque mesure qu'il diminue ces dangereuses ingérences dans les choses de la médecine, il aura rendu un grand service. Les mœurs feront le reste.

Les charlatans de profession seront signalés par les peines qu'ils encourront. L'éducation des populations recevra un enseignement salutaire des applications de la loi destinée à protéger leur santé.

Le parasitisme malfaisant de la pratique médicale, chassé de nos campagnes, ne les condamnera plus à l'absence de tout secours médical honnête et efficace. On ne verra plus, comme dans le Morbihan, par exemple, cette influence néfaste raréfiant le corps médical au point qu'on ne trouve dans ce département — effroyable danger en cas d'épidémie! — qu'un médecin pour sept mille habitants!

Enfin, quand ces influences dégradantes et ce spectacle corrupteur du charlatanisme auront cessé de se montrer au grand jour, narguant la loi et la morale, ce ne sera pas seulement un grand bienfait pour les populations, ce sera un grand soulagement pour la profession médicale, humiliée par ce voisinage, attristée par de regrettables confusions, menacée parfois, hélas! par de funestes exemples!

cet état des nerfs dans l'intoxication mercurielle chronique semble ressortir plutôt à une action *dystrophique* et directe du mercure sur la gaîne myélinique qu'à la névrite parenchymateuse.

Ces données anatomo-pathologiques, bien qu'elles ne soient pas encore vérifiées chez l'homme, éclairent singulièrement la pathogénie des troubles moteurs et sensitifs de l'hydrargirisme chronique; la localisation des lésions au système périphérique, l'intégrité du cylindre-axe expliquent d'une manière satisfaisante la répartition topographique des troubles fonctionnels, l'absence d'atrophie musculaire, la conservation de la contractibilité électrique, enfin la curabilité de ces paralysies. A. D.

CHIRURGIE PRATIQUE

Opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par le docteur R. Calmettes.

Dans un précédent article paru ici même, je disais que le mode opératoire généralement préféré aujourd'hui pour ces tumeurs était l'extirpation à l'aide de la pince Lœwenberg-Woakes. Depuis lors, j'ai pu me rendre compte de la grande supériorité qu'offre l'opération en un temps au chloroforme sur les séances espacées, et voici le procédé auquel je me suis arrêté :

Après avoir fait le diagnostic des végétations et constaté la perméabilité d'au moins une fosse nasale, j'endors le petit malade au chloroforme à dose massive. Puis, j'introduis dans la fosse nasale du côté où n'existe pas de déviation de la cloison un petit tube en caoutchouc par un léger mouvement de rotation le long du plancher; une tendance au vomissement indique, outre la longueur engagée, l'arrivée du tube dans le pharynx. Je glisse alors entre deux dents la pointe d'une sonde canelée jusque sur le tiers postérieur de la langue : le réflexe se produit, la bouche s'ouvre, et un aide glisse entre les molaires un bouchon de caoutchouc destiné à maintenir la bouche ouverte pendant toute la durée de l'opération. Le malade est couché dans son lit à contre-jour devant une fenêtre ou une bonne lampe; le front de l'opérateur est armé d'un miroir réflecteur laryngoscopique. Avec une pince introduite fermée sous la luette jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et ouverte seulement à ce niveau, je ramène en avant le tube de caoutchouc hors de la bouche et je le secoue fortement devant les incisives avec son extrémité nasale. De cette façon, le voile du palais, complètement retroussé contre la voûte palatine, permet aux instruments et au doigt indicateur de manœuvrer facilement dans le pharynx nasal. La pince (on peut en employer une très volumineuse) est introduite fermée et couchée horizontalement sur la langue jusque derrière le voile, puis redressée, poussée à la voûte et là ouverte; sans le secours de l'index, on ramène toujours une bonne récolte de tissu adénoïde par les premiers coups de pince. Il n'y a pas à craindre de voir l'enfant suffoqué par le sang. Il exécute des mouvements très répétés de déflnctuation : si le sang venait trop abondamment, il suffirait de tourner la tête de côté pour le laisser s'écouler au dehors. On fera bien ensuite de recourir à l'exploration digitale pour éviter de ramener la pince à vide; certains même proposent d'aller à la recherche de toutes les tumeurs le long du doigt. Dans le cas d'occlusion de la trompe d'Eustache, on n'oubliera pas de rechercher avec soin les tumeurs à implantation latérale. Enfin, pour terminer, j'applique avec grand avantage une manœuvre recommandée par le docteur Hopmann (de Cologne) qui consiste à introduire avec force le doigt dans les orifices postérieurs des fosses nasales. Il existe souvent, implantées au niveau de leur moitié supérieure, de petites végétations qui gênent la respiration nasale que l'on ne peut atteindre et que l'on détruit facilement ainsi. De plus, Hopmann croit que de cette façon l'on élargit l'orifice osseux toujours un peu atrésié chez les enfants porteurs de végétations.

Quand on est certain d'avoir tout enlevé, on retire le bouchon et le tube de caoutchouc, puis, l'enfant réveillé, on le fait moucher fortement. Le seul pansement consécutif consiste dans des insufflations de poudre d'acide borique dans le nez, surtout quand il existe du catarrhe nasal concomitant. L'enfant vomit généralement le sang avalé dans les deux heures qui suivent; on fera bien d'en prévenir les parents.

On lui laissera sucer un peu de glace s'il a soif et il mangera le plus tard possible. Le soir même, il pourra se lever. Les instruments et le doigt explorateur doivent être trempés dans une solution antiseptique pour éviter toute complication

---

Le niveau moral de la profession ne pourra que gagner à ce que l'on ne voie plus autour d'elle cette négation permanente de ces traditions de délicatesse et d'honneur qui sont la gloire et le légitime orgueil du corps médical.

La loi qui aura contribué à ce résultat mérite toutes les sympathies de la Profession.

IX. — *Les médecins et les associations peuvent se porter parties civiles.*

Les articles 15, 16, 17, 18 et 19, que nous venons d'étudier, règlent l'action publique en matière d'exercice illégal; l'article 23 s'occupe de l'action civile en dommages-intérêts.

Art. 23. — En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecine régulièrement autorisées, intéressées à la poursuite peuvent se porter partie civile.

L'hypothèse est celle-ci : le ministère public, ayant en connaissance d'un fait d'exercice illégal, a commencé une poursuite. Les médecins, lésés dans leurs intérêts, se portent parties civiles.

L'article 23 les déclare recevables à le faire, tout comme les associations médicales régulièrement autorisées, qui acquièrent ainsi la personnalité civile, et pourront représenter en justice les intérêts des médecins lésés par l'exercice illégal.

Pour les médecins, le projet consacre un principe de droit commun écrit dans l'article 1382 du Code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. »

Mais les tribunaux ont bien souvent limité l'exercice de droit au cas où le médecin agissait individuellement. En disant « les médecins », l'article 23 supprime cette limitation.

Quant aux associations régulièrement autorisées, il tranche en leur faveur une question très controversée. Toute Société de médecins, régulièrement autorisée, pourra se porter partie civile.

Le médecin, lésé par l'exercice illégal, ne sera donc plus victime de son isolement ou de sa faiblesse, pour faire valoir ses droits.

C'est là une réforme que l'Association générale a sans cesse réclamée, et qu'elle est heureuse de voir consacrée enfin par le projet.

du côté de la gorge et de l'oreille. Il n'y a aucune hémorrhagie consécutive à redouter.

Dans l'opération sans chloroforme en plusieurs temps, il faut la docilité complète de l'enfant qui tolérera l'intervention une fois, deux fois, mais rarement dix. Ce traitement est fort long, car il faut toujours trois ou quatre jours de repos entre chaque coup de pince, car on ne peut s'aider du tube de caoutchouc et le voile du palais est forcément un peu meurtri. Enfin, l'enfant autorisant encore moins l'exploration digitale sur le passage de la pince, il est fort difficile, quand la rhinoscopie postérieure est impossible, de savoir où en est la guérison.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Note sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue.

Dans le cours du mois de décembre 1885, M. le professeur Charcot analysait devant ses auditeurs deux cas remarquables de *mutisme hystérique* (1). Ce trouble fonctionnel est à coup sûr une des plus rares manifestations de la névrose, eu égard au nombre de malades, hommes et femmes, atteints d'hystérie. Tout exceptionnel qu'il est, ce phénomène n'en est pas moins digne d'intérêt, et l'on peut dire que jusqu'alors il n'avait pas fixé, comme il le mérite, l'attention des observateurs. On en trouvait d'assez nombreux exemples épars çà et là dans les recueils périodiques (2); mais parmi tous ces faits notés au hasard de l'observation clinique, la plupart avaient reçu de leurs auteurs une interprétation erronée; de plus, personne n'avait bien mis en lumière les traits distinctifs du mutisme hystérique. Après avoir souligné l'importance que peut prendre cette manifestation de l'hystérie, notamment en médecine légale (simulation, etc.), le professeur de la Salpêtrière précisait et mettait en relief les caractères propres du mutisme hystérique et qui le différencient nettement soit de l'aphonie, soit de l'aphasie, avec lesquelles on l'a si souvent confondu.

Le malade atteint de mutisme hystérique est incapable de crier, d'émettre un son; il est aphone. Cette aphonie s'accompagne parfois d'un défaut de tension des cordes vocales; le plus souvent, l'appareil musculaire laryngien est intact, et cela confirme bien l'origine centrale du phénomène; quand il est frappé d'impotence dans une mesure plus ou moins prononcée, le trouble fonctionnel qui résulte de cette parésie ou de cette paralysie ne peut donner l'explication du mutisme dans son ensemble. C'est qu'en effet, en même temps qu'il y a aphonie, il y a aussi aphasie. Le malade ne peut articuler aucune parole ni à voix haute ni *à voix chuchotée*. Or, on le sait, les recherches de Rosapelly (*Trav. du labor. de Marey*, 1876), celles de Boudet de Pâris (*Ac. sciences*, 1879) et d'autres physiologistes ont démontré que dans la voix chuchotée la langue et les lèvres seules entrent en jeu à l'exclusion du larynx. L'aphonie dans le mutisme hystérique se double par conséquent d'une aphasie motrice complète absolue, différente de l'aphasie par lésion organique en ce que les malades qui ressortissent à cette dernière forme ont toujours conservé la faculté d'articuler quelques mots ou quelques monosyllabes.

Les faits de mutisme hystérique sont véritablement exceptionnels. Dans son travail fait d'après les leçons de M. Charcot, M. Cartaz n'en a rassemblé qu'une vingtaine d'observations dûment explicitées. Le fait que nous allons rapporter nous paraît être un nouvel exemple de cette curieuse manifestation de l'hystérie, et comme il diffère du type habituel par la coïncidence du mutisme et d'une déviation de la langue par contracture, nous avons pensé qu'il méritait d'être publié à titre de simple document.

Observation. — La nommée G... (Léontine), âgée de 22 ans, est entrée le 21 mars 1887 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde, service de M. le professeur Peter.

Ses antécédents de famille ne présentent rien à noter au point de vue de l'hérédité nerveuse. Les grands parents, morts dans un âge très avancé, avaient une santé parfaite; sa mère est morte à 68 ans d'une tumeur du rein. Elle n'avait jamais eu de crises de nerfs; c'était une robuste paysanne, pas nerveuse.

Son père vit encore; sa santé a toujours été bonne; il n'est pas alcoolique. La malade a deux frères et six sœurs; à l'exception d'une sœur qui habite Paris, ils vivent à la campagne et travaillent la terre. Ils sont tous robustes et bien portants. Aucune de ses sœurs n'a présenté de troubles nerveux, ni convulsions, ni pertes de connaissance, ni hypochondrie, etc. Il n'y

(1) Voir Gazette des hôpitaux, 12 janvier 1886.
(2) Cartaz. *Du mutisme hystérique*, Progrès médical, 1886.

X. — *Pénalités, incapacités, suspension...*

PÉNALITÉS

L'article 20 formule la sanction aux dispositions de l'article 14, prohibant le cumul des professions de pharmacien et de médecin, sauf la réserve indiquée au cours de cet article. Il élève les pénalités, en cas de récidive :

Art. 20. — L'exercice de la pharmacie par un docteur en médecine, par un officier de santé ou par une sage-femme, en dehors des dispositions stipulées à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les coupables pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de 15 jours à un an.

Art. 24. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 16, 17 et 20 de la présente loi.

L'article 463 du Code pénal statue : « les peines prononcées par la loi contre celui ou ceux des accusés reconnus coupables, en faveur de qui le jury aura déclaré les *circonstances atténuantes*, seront modifiées »..., et il indique dans quelle mesure elles le seront pour les différentes peines.

L'article 21 ne laisse pas à l'appréciation du juge la question de savoir s'il y a récidive; il précise le cas où, d'après la loi, le prévenu doit être considéré comme récidiviste.

Art. 21. — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

On trouve dans l'article 22 la sanction de l'obligation imposée par l'article 10, de faire enregistrer son diplôme, pour avoir le droit d'exercer la médecine; les contrevenants sont punis d'une amende de 100 à 500 francs.

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés par l'article 10 de la présente loi, est puni d'une amende de 100 à 500 fr.

SUSPENSION OU INCAPACITÉS

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées, accessoire-

a pas eu d'aliéné dans la famille. La malade s'est montrée très affirmative sur tous ces points.

Voici son histoire personnelle dans ses principaux traits. Jusqu'à l'âge de 20 ans, G... a vécu à la campagne, travaillant aux champs, toujours bien portante. Réglée à 12 ans, elle devint grosse dans le cours de sa vingtième année. Elle n'était pas mariée. Elle accoucha à terme sans accidents puerpéraux d'aucune sorte et nourrit son enfant jusqu'au septième mois. C'est alors qu'elle quitta le domicile de ses parents pour venir à Paris, où elle avait trouvé un emploi de nourrice. Après le sevrage de son deuxième nourrisson, elle se plaça comme cuisinière dans une maison bourgeoise.

Quelques mois après, ses règles devinrent très abondantes ; bientôt elle eut des hémorrhagies dans les [périodes intercalaires. Elle s'affaiblit progressivement et dut cesser de travailler. Comme les pertes se reproduisaient toujours, elle entra à l'hôpital Necker le 20 juillet 1886, dans le service de M. le professeur Potain. Elle raconte qu'on lui « enleva un polype de la matrice», et qu'à la suite de cette opération, elle fut prise de vives douleurs dans le bas-ventre ; qu'on lui fit des applications de glace, puis de cataplasmes laudanisés, etc. Elle resta alitée pendant deux mois et demi. Après quoi, elle se rétablit complètement et reprit son travail.

An sortir de cet accident, les règles reparurent d'abord normales et régulières. Mais, le 16 mars 1887, comme elle avait ses règles depuis la veille, à la suite d'ablutions froides, l'écoulement cataménial fut brusquement supprimé. Le lendemain, dans la matinée, la malade se sentit fatiguée ; elle éprouvait des douleurs vagues dans le ventre. Elle déjeûna sans appétit, puis elle étouffait. Le même jour, à neuf heures du soir, comme elle travaillait dans sa cuisine, cet état de malaise vague qui l'avait tourmentée tout le jour s'accrut rapidement et brusquement, elle fut prise de convulsions. C'était « sa première attaque de nerfs ».

Jusque-là, en effet, la malade n'avait présenté aucun trouble pouvant se rattacher à l'hystérie. Elle n'était rien moins que nerveuse. D'une intelligence au-dessous de la moyenne, peu émotive, elle raconte son histoire de fille séduite et abandonnée avec un calme et une indifférence absolue ; et, lorsqu'on lui demande si elle a eu des peines, des chagrins, elle répond négativement, presque étonnée de pareilles questions. Jamais elle n'a été irritable, facile à contrarier, pleurant sans motif.

Voici comment elle dépeint sa première crise de nerfs : elle ressentit d'abord une douleur aiguë dans le flanc gauche, puis quelque chose lui serra la gorge en l'étouffant. Son cœur battait avec violence, sa vue se troubla et elle tomba sur le sol en perdant con naissance. Les convulsions durèrent pendant deux heures, après quoi, la malade reprit connaissance. Les personnes qui l'entouraient lui dirent qu'elle s'était débattue très fort, en poussant des cris, et qu'on avait dû la maintenir sur un matelas pour l'empêcher de se blesser. Au sortir de cette attaque, elle put parler sans difficulté, se lever et marcher dans l'appartement ; mais elle éprouvait toujours une sensation de serrement à la gorge et de suffocation qui dura toute la nuit et l'empêcha de dormir.

Le lendemain, dans l'après-midi, nouvelle série d'attaques, de une heure à quatre heures. C'est au sortir de cette seconde crise qu'elle s'éveilla, complètement incapable de parler, même à voix basse, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant un peu les arcades dentaires et serrée contre la commissure labiale gauche. Elle avait toute sa connaissance, entendait fort bien ce qu'on disait autour d'elle, les questions qu'on lui adressait, mais ne pouvait y répondre que par gestes. Comme elle avait «les jambes très raides», elle resta alitée. Tous ces renseignements ont été donnés par la sœur de la malade.

Le surlendemain et les jours suivants, elle eut d'autres attaques. Dans l'intervalle de ces crises, elle restait toujours incapable de parler, et la langue appliquée sur la commissure gauche des lèvres.

C'est dans cet état qu'elle fut transportée à l'hôpital le 21 mars. En arrivant dans la salle où elle avait déjà été malade, elle fit signe à l'infirmière du service qu'elle la reconnaissait.

Dans la nuit, elle eut encore une crise convulsive, et le lendemain, à la visite du matin, elle était dans l'état suivant :

En décubitus dorsal, les yeux clos et larmoyants, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant largement les arcades dentaires et fortement accolée à la commissure gauche, la tête légèrement inclinée vers l'épaule gauche, les membres dans l'extension.

Il y avait une anesthésie totale, superficielle et profonde. La torsion des jointures, la piqûre, etc., laissaient la malade complètement indifférente.

Il n'y avait ni paralysie ni contracture des membres ; les mouvements provoqués de flexion ou d'extension s'accomplissaient sans raideur, et quand on soulevait soit les bras, soit les jambes, le membre abandonné à lui-même ne retombait pas inerte à la façon des membres paralysés. De temps à autre, les doigts se fléchissaient brusquement et restaient ainsi contracturés pendant quelques minutes.

Le pouls était régulier et battait 84 fois à la minute. La température était normale. Ni albumine ni sucre dans les urines. Il fallut sonder la malade, car il y avait de la rétention ; la vessie, distendue, remontait à plus de quatre travers de doigts au-dessus du pubis.

Le lendemain 22 mars, l'état de la malade s'était modifié : ses

---

ment à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol ou escroqueries, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, 335 et 345 du Code pénal :

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi. En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est pas applicable aux crimes et aux délits politiques.

La société exige du médecin des garanties de savoir ; il lui importe aussi, de même qu'au corps médical, d'être assurée de la moralité et de l'honorabilité professionnelle du médecin.

Le projet Salvandy, très sévère, frappait d'une incapacité absolue, perpétuelle, ceux qu'avait atteints une condamnation à une peine afflictive ou infamante.

Moins rigoureux, les projets de MM. Chevandier et Lunier n'avaient pas voulu enlever toute espérance au coupable qui se repent.

Dans le projet du gouvernement, ce n'est plus la loi qui prononce l'incapacité absolue ou temporaire.

Elle laisse aux tribunaux l'appréciation de la peine qu'ils doivent appliquer : l'incapacité permanente ou la suspension, d'après les circonstances du fait.

Ni l'une ni l'autre ne sont applicables aux délits politiques.

ART. 26. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de la médecine dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 16, 17, 18, 19 et 20 de la présente loi.

XI. — *Dispositions spéciales et transitoires.*

ART. 27. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure supprimé.

ART. 28. — « Les officiers de santé et les sages-femmes de 2e classe, exerçant, au jour de la promulgation de la présente loi, sont soumis à toutes les dispositions de cette loi qui les concernent. Toutefois, ils sont autorisés à continuer l'exercice de leur profession dans le département du domicile où ils se trouvent éta-

yeux étaient ouverts; elle suivait du regard les faits et gestes des personnes qui l'entouraient et paraissait comprendre ce qui se faisait autour d'elle, mais elle restait à peu près immobile, inerte, sans contracture des membres ni du tronc.

La sensibilité de la peau et des muqueuses avait reparu ; mais au pharynx l'anesthésie persistait. La langue était toujours déviée et proéminente entre les arcades dentaires, la mâchoire légèrement abaissée et contracturée dans cette attitude. Le mutisme restait complet.

Le 23, la malade avait à peu près recouvré sa motilité ; elle pouvait se déplacer, s'asseoir sur son lit, porter la main dans telle direction qui lui était indiquée, saisir les objets qu'on lui présentait. Elle comprenait fort bien toutes les questions qu'on lui adressait. Quand on l'invitait à répondre, elle levait les épaules et faisait de la tête un signe de dénégation, puis s'impatientait donnant à entendre qu'il lui était impossible de parler. Quand on l'invitait à parler à voix basse, même silence. Si on la piquait, elle retirait sa main avec un geste de mauvaise humeur ; sa physionomie accusait bien que la douleur était perçue, mais elle ne poussait aucun cri, n'émettait aucun son laryngien. Elle était à la fois aphasique et aphone. Elle ne savait d'ailleurs ni lire ni écrire. Elle ne pouvait répondre que par signes.

Pas de zones hystérogènes, ni ovariennes, ni autres.

Cet état de mutisme et cette contracture de la langue et des muscles masticateurs persistèrent les 25 et 26 mars, sans modification aucune.

Le 27 au matin, après massage des régions massétérines (la malade n'était pas hypnotisable), on lui dit que « certainement elle serait guérie le lendemain et qu'elle commencerait à parler le soir même ». Cette tentative de suggestion réussit pleinement. Le soir même, la contracture de la langue disparut et la malade prononça quelques paroles, mais avec effort et en bredouillant. Le lendemain, l'amélioration s'accentua ; le bégaiement alla s'atténuant, et le surlendemain (29 mars), la malade parlait sans difficulté.

On put constater alors qu'il existait chez cette jeune femme :

1° Un rétrécissement concentrique du champ visuel gauche ;

2° Une diminution très prononcée de l'acuité auditive du côté gauche (le bruit d'une montre était perçu par l'oreille droite à une distance de 25 centimètres, tandis qu'à gauche le même bruit n'était plus entendu dès qu'on l'éloignait la montre de plus de trois travers de doigt du pavillon);

3° La perte de l'olfaction du côté gauche ;

4° L'absence de toute sensibilité gustative, aussi bien à droite qu'à gauche ;

5° Une anesthésie pharyngienne totale.

La sensibilité générale était intacte dans tous ses modes.

Quelques jours après, la malade eut sous nos yeux une grande attaque bien caractérisée, au sortir de laquelle elle était hémianesthésique du côté gauche. Cette hémianesthésie disparut après vingt-quatre heures.

Quinze jours après, la malade demanda sa sortie. Elle présentait toujours les stigmates hystériques sus-indiqués.

A. DUTIL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro

Voilà pour les résultats thérapeutiques. Pour ce qui est des inconvénients du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, il en est deux qui sont reconnus par les partisans de la méthode, et qui méritent d'être pris en sérieuse considération : les *abcès* et la *stomatite* mercurielle, qui peuvent se développer à la suite des injections.

Jusque dans ces derniers temps, la réaction locale qui suivait les injections sous-cutanées de calomel passait pour un inconvénient sérieux de ce mode d'administration du mercure dans le traitement de la syphilis. Les partisans de la méthode, et à leur tête M. Neisser, avouaient que les injections étaient très douloureuses, qu'il s'en suivait des infiltrations parfois diffuses, voire des abcès dans une proportion relativement considérable.

La substitution de l'huile de vaseline à l'eau salée, comme véhicule du calomel, inaugurée par M. Balzer, paraît avoir eu pour conséquence d'atténuer en partie cet inconvénient, sans toutefois le faire disparaître. La douleur, aussitôt après l'injection, est « nulle ou à peu près », d'après M. Balzer. « Mais, les jours suivants, il se produit un gonflement inflammatoire plus ou moins étendu et douloureux. Il varie depuis le volume d'une noix à celui d'un œuf de poule. Ce gonflement, qui peut s'accompagner de rougeur à la peau, diminue progressivement dans l'espace de huit à quinze jours ». Ce sont

---

blis, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme. »

(A rapprocher, pour les compléter, des articles 4, relatif aux officiers de santé, et 9, relatif aux sages-femmes.

ART. 29. — « La présente loi est applicable à l'Algérie, sans préjudice des dispositions spéciales à l'Algérie, édictées par le décret du 12 juillet 1851, la loi du 31 décembre 1879 et les décrets subséquents. »

« Le décret de juillet 1851 a autorisé exceptionnellement certains indigènes musulmans ou juifs, à pratiquer la médecine à l'égard de leurs coreligionnaires.

« La loi du 31 décembre 1879 a créé une catégorie nouvelle de praticiens de race musulmane. »

« Tout cela, dit le rapport de M. Brouardel, est trop récent pour qu'on puisse déjà tenter d'appliquer le droit commun à l'exercice de la médecine en Algérie. »

ART. 30. — Sont et demeurent abrogés les articles 1 à 4, 12 à 29, 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, le premier paragraphe de l'article 2272 du Code civil, en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois antérieures contraires à la présente loi.

ART. 31. — La présente loi sera applicable dans le délai d'un an, à partir de sa promulgation.

XII. — *Conclusions.*

Tel est, messieurs, dans son ensemble et dans ses détails, le projet de loi présenté par le gouvernement, sur l'exercice de la médecine.

Nous en avons examiné l'esprit et la lettre.

Il est impossible de n'y pas reconnaître le souci très accusé de l'intérêt supérieur des populations, et la préoccupation de donner une garantie plus efficace que par le passé, à l'exercice de la profession par ceux qui, à force de travail, de dévouement et d'honorabilité, ont bien acquis le droit d'être protégés par la loi et par la justice, dans leur mission humanitaire et sociale.

En effet, c'est pour assurer partout aux malades le secours compétent et efficace, que le projet croit devoir maintenir deux ordres de médecins; qu'il frappe de peines plus sévères ces dangereux

là les *suites normales* de l'injection ; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. « Dans certains cas, la réaction locale est vive, la rougeur augmente, la fluctuation apparaît et la peau s'amincit au centre de la partie tuméfiée. Le liquide est collecté ; mais il faut bien se garder d'inciser, car quelquefois la collection peut encore se résorber. Lorsqu'elle s'ouvre, elle se fait jour ordinairement par le trajet de la canule, ou bien par une petite ulcération punctiforme. Le trop-plein s'évacue d'abord ; quelquefois il y a résorption du reste, ou bien la collection s'évacue en plusieurs fois ». Nous avons tenu à citer les propres expressions de M. Balzer, pour bien montrer qu'il ne faut pas s'exagérer les avantages de la substitution de l'huile de vaseline à d'autres véhicules, dans le traitement de la syphilis par les injections de calomel. Ces avantages sont pourtant réels et considérables, ainsi qu'il résulte des chiffres suivants. Ces chiffres se rapportent à la fréquence avec laquelle les abcès ont été notés par différents auteurs, à la suite des injections de calomel :

Krecke.	12 0/0
Lundberg.	10 0/0
Neisser.	6,5 0/0
Arcari.	4 0/0
Smirnof.	4 0/0
Kopp (1re série).	4,7 0/0
» (2e série).	0
Balzer (1re série).	14 0/0
» (2e série).	4 0/0

Les chiffres annoncés par M. Kopp et par M. Balzer se rapportent, ceux de la première série, aux injections faites avec du calomel en suspension dans de l'eau salée ; ceux de la seconde série aux injections faites avec du calomel en suspension dans de l'huile de vaseline (Balzer) ou autre (Kopp).

Il résulte de la comparaison de ces chiffres, que l'emploi de la vaseline s'impose à qui voudra dorénavant expérimenter le traitement de la syphilis par les injections sous cutanées de calomel. Mais les chiffres de M. Balzer montrent aussi qu'il faut toujours s'attendre à la survenance d'un abcès, malgré les précautions prises. De l'aveu de M. Balzer, « les causes de ces abcès sont très obscures » ; l'insuffisance des précautions antiseptiques ne saurait être incriminée, lorsqu'on sait que le contenu des abcès consécutifs aux injections de calomel est aseptique. Il y a surtout à faire intervenir la prédisposition individuelle, et M. Balzer est d'accord avec d'autres observateurs sur ce point, que les abcès surviennent de préférence chez les sujets gras, qui ont le pannicule adipeux très développé, et principalement chez les femmes. Il est vraisemblable aussi que l'action irritante du calomel favorise le développement des abcès. M. Wastraszewski, qui traite les syphilitiques par des injections sous-cutanées d'oxyde rouge et d'oxyde jaune de mercure, préparations mercurielles moins irritantes que le calomel, affirme que ces injections sont moins douloureuses et qu'elles n'ont jamais entraîné de suppuration à leur suite ; et cependant le véhicule employé était autre chose que de l'huile, un mucilage de gomme.

Quant à ce que dit M. Balzer, comme quoi ces abcès ne lui ont jamais paru avoir d'autre inconvénient que de faire perdre une partie du calomel injecté, cela est admissible pour certaines catégories de malades. Pour les gens du monde, les femmes principalement, des abcès aux fesses seront sans doute acceptés avec moins de résignation que par les pensionnaires de Lourcine, surtout quand la maladie qui nécessite l'emploi d'un traitement mercuriel a été contractée dans des circonstances particulièrement pénibles, qui commandent la plus haute discrétion.

La stomatite a été observée beaucoup plus rarement comme complication du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel. M. Balzer n'en mentionne que deux exemples, dont une stomatite assez légère, l'autre un peu plus intense ; il ajoute qu'elles sont survenues chez des femmes auxquelles on avait fait deux injections, de 10 centigrammes chacune, à quinze jours de distance, intervalle trop court. M. Krecke signale que chez un de ses malades une stomatite grave est survenue quatorze jours après la dernière injection de calomel, ce qui, dit l'auteur, montre combien longtemps cette substance séjourne dans l'organisme, après son introduction sous la peau. M. Neisser a observé la stomatite 16 fois sur un total de 263 syphilitiques traités par les injections sous-cutanées de calomel. Nous avons relaté plus haut les accidents graves que M. Du Castel a vu survenir chez un de ses malades, à la suite d'une injection unique d'oxyde jaune de mercure sous la peau.

TECHNIQUE. — Nous allons indiquer d'abord la composition des solutions qu'ont proposés et expérimentés les principaux

---

volontaires de l'exercice illégal, cette fois bien défini ; qu'il met des conditions rigoureuses, mais équitables, à l'exercice de la médecine en France, par les médecins reçus à l'étranger.

C'est pour défendre l'honneur et les droits de la profession médicale, qu'il cherche à atteindre, sous quelque masque qu'ils se cachent et tentent de se dérober à l'action de la justice, tous ces parasites ignorants et cupides, qui déconsidèrent la vraie médecine, et se rient de l'honnête praticien qui a noblement gagné son savoir et son diplôme ; qu'il établit des incapacités temporaires ou absolues ; qu'il défend le cumul de la médecine et de la pharmacie ; qu'il étend le délai de la prescription libératoire relative aux honoraires du médecin ; enfin qu'il autorise celui-ci, ou les associations médicales régulièrement constituées, à se porter partie civile, dans les cas où l'autorité judiciaire poursuit l'exercice illégal.

Voilà la pensée, voilà les intentions du législateur.

Est-ce à dire qu'on ne puisse discuter tel ou tel des moyens destinés à les réaliser ? Faut-il s'étonner si quelques esprits trouvent que le projet ne va ni assez vite ni assez loin ?

Ce qui est indiscutable, messieurs, c'est que, si on tient compte des satisfactions que le projet donne à la plupart des vœux du corps médical, de ceux que l'Association générale a si souvent émis, et aux exigences de l'intérêt public ; si l'on tient compte des améliorations qu'il apporte à la législation sur l'exercice de la médecine, ce projet de loi est un bienfait, et un progrès pour l'heure présente.

Lui demander de réaliser aujourd'hui l'œuvre de demain, de consacrer dès à présent des réformes qui exigent des transitions nécessaires, ce serait non seulement devancer l'heure, mais risquer de compromettre des intérêts supérieurs.

C'est à nous, c'est au corps médical, c'est à la profession, c'est à cette Association qui la représente si noblement dans son esprit de confraternité, de mutualité, de générosité, dans son mouvement ascensionnel vers un niveau scientifique, moral et social, toujours de plus en plus élevé, de faire qu'une réforme plus complète s'impose au législateur dans un avenir prochain, et que bientôt il n'y ait plus qu'un seul titre, celui de docteur, pour désigner à la confiance et à l'estime publique le représentant d'une profession qui exige pour tous le maximum de science, comme elle a imposé à tous le maximum d'honorabilité et de dévouement.

partisans du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel.

1° (Neisser).

Rec. Calomel à la vapeur. 5 parties.
Chlorure de sodium. 1,25 »
Eau distillée........ 50 »

M.

L'adjonction du chlorure de sodium a pour avantage, suivant M. Neisser, de stériliser la solution, grâce à la formation d'une petite quantité de sublimé, et d'accélérer la transformation en sublimé du calomel une fois introduit sous la peau. Pour faciliter cette transformation, il est recommandé aux malades de faire usage d'une alimentation très salée.

2° (Krecke).

Rec. Calomel à la vapeur... } ãã 5 parties.
Chlorure de sodium...... }
Eau distillée........... 50 —

M. Injecter en une séance deux fois la valeur du contenu d'une seringue de Pravaz.

D'après M. Kopp (*loc. cit.*), M. Neisser a reconnu l'avantage qu'il y a, au point de vue de l'atténuation des phénomènes de réaction locale, à se servir de l'huile comme véhicule du calomel, pour ces injections. M. Balzer attache une importance spéciale à l'emploi de l'huile de vaseline; de nombreuses observations démontrent, en effet, que cette substance employée comme véhicule de principes irritants très divers (calomel et autres) fait que l'administration de ceux-ci par la voie hypodermique est beaucoup mieux supportée. M. Balzer prescrit :

3° (Balzer).

Rec. Calomel............. 1 gr. 50
Huile de vaseline...... 15 grammes.

M. Avant d'être mis en suspension dans l'huile, le calomel devra être finement porphyrisé, lavé avec soin à l'alcool bouillant, puis séché à l'étuve.

M. Wastraszewski (1) a expérimenté comparativement le calomel et différents oxydes de mercure, pour l'administration par la voie sous-cutanée ; son choix s'est fixé finalement sur l'oxyde jaune, qui produit le minimum de réaction au siège des piqûres. La solution dont se sert M. Wastraszewski pour ses injections a pour formule :

4° (Wastraszewski).

Rec. Oxyde jaune de mercure..... 1 partie.
Gomme arabique.......... 0 25
Eau distillée q. s. pour faire. 30

M.

M. Balzer, qui a également fait des injections sous-cutanées avec de l'oxyde jaune en suspension dans de l'huile de vaseline, se borne à dire que « les résultats sont aussi satisfaisants qu'avec le calomel ».

Les observations de M. Du Castel concordent avec les résultats annoncés par M. Wastraszewski. M. Du Castel a fait sur un même sujet deux injections en des points symétriques; d'un côté il injectait une solution de calomel au vingtième, de l'autre une solution d'oxyde jaune au trentième. « Du côté du calomel, douleurs violentes, foyers inflammatoires considérables, gêne marquée des mouvements ; du côté de l'oxyde, pas de douleurs, rarement nodule inflammatoire notable, pas de gêne des mouvements. » Avec des émulsions d'oxyde au vingtième, « la différence entre les phénomènes réactionnels provoqués par l'un et l'autre médicament est devenue moindre, mais elle est encore restée très accusée au profit de l'oxyde. »

Le lieu d'élection, pour ces injections sous-cutanées, se trouve être la région lombaire et surtout la région fessière. M. Balzer recommande de faire les piqûres autant que possible dans la dépression verticale placée à 3 ou 4 centimètres en arrière du grand trochanter ; de cette façon le malade peut se coucher et s'asseoir sans gêne et sans douleur. La canule doit être poussée droit, sans pli à la peau ; il ne faut pas dépasser la couche de tissu cellulaire sous-cutanée. Immédiatement après, on applique un instant le doigt sur la piqûre, pour empêcher la sortie du liquide. Le massage des parties molles au siége de la piqûre est inutile.

En somme, les résultats des expériences faites jusqu'à ce jour n'autorisent pas encore un jugement définitif sur la véritable portée des avantages du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel.

E. Ricklin.

(1) Wastraszewski. *Ueber Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Kalomel und Queckssilberoxyden.* Wiener med. Presse, 1886, nos 40, 41 et 42.

BIBLIOGRAPHIE

Cure radicale des hernies, par le docteur Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon. Un volume in-8° avec 13 figures dans le texte. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 1886.

Si la première des conditions pour entraîner la conviction chez les autres est d'être absolument convaincu soi-même, on peut dire que M. Lucas-Championnière témoigne dans son livre d'une confiance inébranlable dans les résultats de la cure radicale des hernies. Il ne s'agit plus seulement d'intervenir à l'occasion d'un étranglement, il ne s'agit plus de compléter l'acte chirurgical par une résection du sac, il est question de prendre le bistouri pour obtenir, de propos délibéré, la guérison de hernieux en proie à de continuelles souffrances, constamment menacés et dont la léthalité se maintient en définitive énormément supérieure à celle du commun des individus. Importateur en France de la méthode antiseptique, promoteur d'opération jusque-là jugées téméraires, l'auteur démontre aujourd'hui la possibilité, la nécessité de pratiquer celle-ci, longtemps présentée comme une des utopies les plus dangereuses de la chirurgie. Aux dix cas relatés dans son livre, il peut déjà en joindre nombre d'autres, non moins concluants. Et cependant d'aucune ont argué de l'incurabilité de l'affection. S'ils n'avaient plutôt à incriminer leurs procédés insuffisants ou dangereux, ils reconnaîtraient bien que l'intervention armée peut guérir radicalement, puisque cet effet résulte parfois du port d'un simple bandage. Passons donc sur une telle fin de non-recevoir pour reconnaître que, réserves faites au sujet des vieillards, des enfants et des cachectiques avancés, il convient d'opérer les hernies irréductibles, incoercibles, congénitales avec ectopie testiculaire, douloureuses, compliquées d'asthme ou d'emphysème, rendues plus gênantes par l'effet de certaines convenances sociales, siège d'accidents variés autre que l'étranglement.

On se propose d'abord de modifier les conditions du canal herniaire, de façon à faire disparaître la prédisposition à l'in-

firmité, la tendance au glissement interstitiel de trouver ensuite le soutien, le point d'appui qui viendra, au siège de la hernie primitive, supporter l'effort des viscères, boucher la paroi; la destruction de la séreuse, la pédiculisation, la ligature et la fermeture du péritoine d'une part; de l'autre, le rapprochement, le fusionnement des parois saignantes, permettent d'atteindre ce double but. La cicatrice qui en résulte, d'autant plus résistante qu'elle remonte le plus haut possible, qu'elle est large, longue, doit prudemment être soutenue, surtout si l'on a affaire à des parois abdominales affaiblies, à un anneau immense. En tout cas, M. Lucas-Championnière condamne comme manœuvre efficace et dangereuse l'interposition d'un bouchon épiploïque pour donner la préférence, quand besoin est, à une opération autoplastique.

Cet épiploon, il le résèque même tant qu'il peut, en raison de son rôle actif dans la production des hernies, après l'avoir toutefois traversé de part en part avec des ligatures de catgut ou de bie-bichlorurée. Un testicule en ectopie ne trouve pas non plus grâce devant son couteau. Sans valeur sexuelle, sa conservation constituerait une menace permanente pour le retour de l'infirmité.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de bien choisir les points sur lesquels devront porter les sutures. Rien n'engage à réunir les piliers, peu enclins par eux-mêmes à la coalescence, tandis que les parties cruentées, ne demandant qu'à se souder, suffisent en général à boucher le vide laissé par le pédicule péritonéal repoussé. Un afflux de sérosité important, conséquence de la grandeur du traumatisme, commande de pratiquer un léger drainage qui devra être de peu de durée, la persistance du canal dans lequel est inséré le tube étant un obstacle à la cicatrisation rapide.

L'opération, sous peine de devenir dangereuse et incertaine, doit se terminer sans suppuration. L'observation des règles de la plus minutieuse antisepsie se trouve absolument indiquée, le matériel sera irréprochable, un fil de catgut suspect pouvant produire des accidents graves.

Le pansement compressif appliqué sur la plaie est aussi important que l'opération elle-même, car il doit maintenir les résultats obtenus en assurant l'adhésion des surfaces touchées. Pour le même motif, il convient de soutenir plus ou moins longtemps une cicatrice jeune, susceptible de distension. M. Lucas Championnière répond à cette indication en faisant porter à ses opérés un bandage particulier, sans ressort, muni d'une large pelote n'appuyant pas sur les anneaux, mais qui, placée au-dessus de la cicatrice, reçoit le choc abdominal.

Ch. Amat.

REVUE DES THÈSES

Quelques considérations sur la folie a Paris, observée a l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 1872-1885, par le docteur Augustin Planès. — Thèse de Paris, 1886.

Voici les principales conclusions de cet intéressant travail :

1o Le nombre des aliénés s'est accru à Paris d'une façon considérable pendant les dernières années. Du 1er janvier 1872 au 31 décembre 1885, 49,000 aliénés ont été internés dans cette ville, aussi bien dans les maisons particulières de santé que dans les asiles publics. Le chiffre de ces malades suit une progression à peu près constamment ascendante. De 3,084 en 1872, il était de 3,336 en 1878, de 3,962 en 1883. En 1885, il a été de 4,186, c'est-à-dire de plus d'un tiers de plus que la première année. Le chiffre des aliénés hommes se constamment supérieur à celui des femmes dans la proportion de 56,5 à 43,5 0/0;

2o Les types morbides qui ont le plus contribué à l'augmentation du nombre des aliénés sont : pour les hommes, l'alcoolisme, la débilité mentale et les accidents cérébraux séniles; pour les femmes, le délire des persécutions, la mélancolie et la paralysie générale;

3o *L'alcoolisme* est la principale cause de folie pour l'homme; pour la femme, il est de bien moindre importance. Les cas de ce genre ont beaucoup augmenté depuis quelques années;

4o *L'excitation maniaque* est très fréquente chez la femme et la principale cause de folie pour elle; on l'observe aussi très souvent chez l'homme. C'est le seul groupe dont l'importance soit en voie de diminution pour l'un comme pour l'autre sexe. Cela tient probablement à ce qu'il ne s'agit ici que d'un état symptomatique qui ne fait que perdre de son importance, à mesure qu'on sait mieux remonter à la cause étiologique;

5o *Les accidents cérébraux séniles* s'observent un peu plus souvent chez la femme que chez l'homme; ils ont été une cause d'internement, plus fréquente pour les hommes seulement pendant les dernières années;

6o *La paralysie générale* n'a pas beaucoup augmenté chez l'homme; elle paraît au contraire devenir plus fréquente chez la femme. Il est à remarquer que le nombre des cas de ce genre est plus considérable pendant le deuxième trimestre de l'année, c'est-à-dire pendant les mois d'avril, mai et juin. Est-ce une manifestation de la poussée vernale qui s'observe à ce moment dans toute la nature?

7o *La débilité mentale* est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme; c'est un des groupes qui ont contribué à l'augmentation du nombre des aliénés hommes;

8o *Les épileptiques* sont un peu plus nombreux chez les hommes que chez les femmes;

9o *L'hystérie* paraît jouer un rôle compensateur et prend chez elle la place qu'occupe l'épilepsie parmi les hommes;

10o *La mélancolie* affecte les femmes deux fois plus souvent que les hommes. C'est un des types qui ont augmenté de fréquence depuis quelques années;

11o *Le délire des persécutions* s'observe aussi beaucoup plus souvent chez les femmes, et, comme le précédent, ce type a contribué aussi à l'augmentation du nombre des aliénés femmes;

12o *Les petits garçons* internés dans les asiles sont un peu plus nombreux que les *petites filles*; mais, les uns comme les autres, n'entrent que pour une petite part dans la statistique des malades des deux sexes.

De l'hystérie chez l'homme. — Difficultés dans certains cas du diagnostic entre cette affection et la phthisie pulmonaire au début, par le docteur Quinqueton. — Thèse de Paris, 1886.

Après avoir montré les différentes formes de l'hystérie chez l'homme et étudié leurs symptômes, l'auteur insiste sur l'hémoptysie, fréquente chez les hystériques. L'hémoptysie peut

être plus ou moins abondante; le sang expectoré est ordinairement d'un rouge vif, spumeux par suite de son mélange avec l'air. L'hémoptysie ne cesse jamais brusquement; d'ordinaire on voit persister pendant quelques jours une expectoration de crachats sanguins de plus en plus altérés. Cette altération des crachats sanguins indique que les voies aériennes se débarrassent peu à peu du sang épanché hors des vaisseaux.

Le diagnostic avec la phthsie au début, est quelquefois assez difficile.

En effet, les malades hystériques peuvent être maigres et anémiques; ils ont une toux sèche, continue, des étouffements et des palpitations. Les douleurs rachialgiques auxquelles les hystériques sont en proie, imitent celles que déterminent les pleurésies partielles des phthisiques. On peut constater des sueurs, de la fièvre, de l'insomnie, et une faiblesse croissante.

Il sera nécessaire, dans ces cas douteux, de bien connaître les antécédents du malade et ceux de sa famille, car il n'y a qu'à l'aide de ces renseignements qu'il sera possible de poser un diagnostic juste. A. M.

NOTES & INFORMATIONS

Congrès des Sociétés savantes. — Le congrès s'est réuni hier à midi dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Après une courte allocution du président, M. Léopold Delille, directeur de la Bibliothèque nationale, qui a déclaré le congrès ouvert et souhaité la bienvenue à tous les membres présents, le congrès s'est divisé en cinq sections :

1° Section d'histoire et de philologie;
2° Section d'archéologie;
3° Section des sciences économiques et sociales.
4° Section des sciences;
5° Section de géographie historique et descriptive.

A deux heures, chacune de ces sections s'est assemblée dans l'amphithéâtre qui lui était réservé, et, après la formation des bureaux, a commencé ses travaux.

— Le soir a eu lieu au futur hôtel des Sociétés savantes (rue des Poitevins), une réception offerte aux délégués des départements par leurs confrères parisiens.

Cette réception était présidée par M. de Lesseps.

Tous les membres des Sociétés savantes se sont trouvés au rendez-vous de neuf heures qui leur avait été donné à l'hôtel; tous, organisateurs et invités nous n'avons eu qu'à nous en féliciter.

Quand les réparations, poussées vigoureusement jusqu'à ce jour, seront terminées, nous aurons un véritable palais pour nos réunions; je ne parlerai ni des peintures murales, ni des plafonds peints que chacun a pu admirer tout en entendant les orateurs qui se sont succédés; et d'abord, M. de Lesseps a souhaité la bienvenue à ses invités, de chaleureux applaudissements l'ont fréquemment interrompu et principalement lorsqu'il a témoigné sa reconnaissance envers les médecins pour le précieux concours qu'ils lui donnent tous les jours dans ses travaux lointains.

M. Rochard prend ensuite la parole au nom des médecins présents pour remercier le président et les organisateurs de l'affabilité de leur réception et témoigner de la reconnaissance du corps médical pour les paroles flatteuses que M. de Lesseps a prononcées à son adresse.

M. de Quatrefage remercie les secrétaires-généraux au au nombre desquels nous comptions MM. Gariel et Gillet de Grandmont. D'autres orateurs ont ensuite pris la parole, et la réunion s'est terminée autour d'un charmant buffet où chacun a pu boire au progrès de la science. D. L.

Assistance publique. — *Concours du bureau central* (médecine). — La première épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminée. Ont été admis à subir la seconde épreuve (épreuve orale sur un sujet de pathologie interne) : MM. les docteurs Babinski, Béclère, Béringier, Buzot, Capitan, Chouppe, Dalché, Delpeuch, Dreyfous, Duflocq, Duplaix, Galliard, Gauchas, Gilles de la Tourette, Havage, Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Leduc, Legendre, Leroux (Henri), Lorey, Marie, Martin, Mathieu, Netter, Petit, Richardière, Siredey et Thibierge.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — En présence des excellents résultats obtenus, l'administration se propose de faire bénéficier le plus grand nombre possible de jeunes malades des bienfaits de cette station.

Deux commissions ont été nommées pour étudier la question: l'une administrative, l'autre médicale. Celle-ci, fonctionnant la première, a formulé son avis dans les termes suivants :

« Le corps médical des hôpitaux ne peut qu'approuver les essais que l'administration se propose de tenter en envoyant des enfants scrofuleux ou tuberculeux dans certaines stations maritimes ou thermales.

» Les stations qui paraissent le plus convenables pour le traitement de la scrofule sont : Berck, Arcachon, une station sur la Méditerranée, Salles-de-Béarn, le Vernet, la Bourboule.

» Les stations qui paraissent indiquées pour les enfants prédisposés à la phtisie sont : le Mont-Dore, la Bourboule, Cauterets, et, comme station d'hiver, le Vernet, Amélie-les-Bains, Arcachon, Cannes, Menton ou Hyères.

» Pour les enfants atteints de tuberculose chronique peu avancée, le Mont-Dore, la Bourboule, Cauterets, le Vernet, Menton ou Cannes. »

Munis de ces précieuses indications, les membres de la commission administrative ont entrepris aussitôt la visite des stations désignées et accepté les conclusions suivantes :

1° Pour les enfants scrofuleux : les stations maritimes de Saint-Cast, baies de Saint-Brieuc, Cannes et les stations thermales de Salins-du-Jura, Salles-de-Béarn, le Vernet;

2° Pour les enfants phtisiques : Amélie-les-Bains et Cannes;

3° Pour les convalescents de rougeole, coqueluche, bronchite et disposés à la phtisie : la Bourboule, Cauterets et, comme séjour d'hiver, le Vernet, Hyères ou Pau.

La commission de l'assistance du Conseil municipal a été saisie à son tour de ces conclusions. Elle n'a pas donné suite pour le moment à l'idée d'envoyer les enfants *par paquets* de différents côtés et a mieux aimé décider l'agrandissement de Berck.

Statistique de l'Université de Paris. — Une statistique intéressante vient d'être dressée par le Conseil général des Facultés de Paris. C'est celle des étudiants de l'Université de Paris.

Sur les 10,679 étudiants de l'Université, on en compte 3,696 pour la médecine, 467 pour les sciences et 1,767 pour la pharmacie.

Il y a 167 femmes étudiantes, 108 en médecine, 7 en sciences, 1 seule en droit, pas une seule en pharmacie.

Quant aux étrangers, ils sont au nombre de 593 pour la médecine, 58 pour les sciences, 21 pour la pharmacie.

Le Congrès des marchands de vins en gros. — Dans ce congrès organisé par le syndicat général du commerce en gros des vins et spiritueux, quelques vœux ont été émis qui témoignent d'un accord tout au moins partiel entre les intérêts du négoce et ceux de l'hygiène alimentaire.

Dans la 2e commission, on a protesté avec énergie contre l'emploi de tout colorant. Elle a demandé que non seulement on réprimât la coloration artificielle, mais qu'on atteignît aussi la publicité faite dans les journaux. Une seule loi, celle du 17 mai 1819, armait les chefs du parquet contre cette publicité. Cette loi a été abrogée par la nouvelle législation sur la presse (29 juillet 1881). Les marchands de vin, d'accord avec la commission, demandent qu'on intercale dans la loi du 29 juillet un paragraphe additionnel faisant revivre, pour les *fraudes commerciales seulement*, l'article 3 de la loi du 17 mai 1819.

Relativement au plâtrage, le congrès a demandé le maintien du *statu quo* et le retrait de la circulaire de M. Cazot, ancien ministre de la justice. Les marchands de vins estiment que le plâtrage — fait non par le commerçant, mais par le propriétaire — est nécessaire pour certains crus, et qu'il est impossible de limiter le dosage à deux grammes de sulfate par litre.

— Une souscription est ouverte parmi MM. les étudiants en médecine pour venir en aide aux familles des victimes de l'incendie de l'Opéra-Comique.

On est prié de vouloir bien s'inscrire de une heure à quatre heures à la caisse de la Faculté.

Les listes seront closes le samedi 4 juin à quatre heures.

NOUVELLES

— Par décret, en date du 30 mai 1887, M. Spuller, député, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Berthelot, dont la démission est acceptée.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 28 mai 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Metge, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 28 mai 1887, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. les aides-pharmaciens de la marine, démissionnaires, Reille et Laligne, pharmaciens universitaires de première classe.

— Par décret, en date du 29 mai 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Gouzien, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 29 mai 1887, M. Vian, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Thomas, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de chimie.

École de médecine d'Angers. — M. Gaudin, suppléant, est maintenu dans l'emploi de chef des travaux chimiques et physiques.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 mai 1887, M. Gosselin, interne des hôpitaux de Paris, est nommé pharmacien de l'hospice des Incurables.

— Par arrêtés ministériels, en date du 20 mai 1887, des concours s'ouvriront :

1° Le 21 novembre 1887, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques;

2° Le 1e décembre 1887, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour les emplois de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, de pharmacie et matière médicale, près l'École de médecine de Besançon.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour la nomination à six places d'aides d'anatomie s'est terminé le lundi 23 mai 1887.

Les candidats nommés sont : 1° aides d'anatomie titulaires : MM. Jonesco, Chevalier, Riefel, Lequeux, Regnauld et Rollin ; 2° aides d'anatomie provisoires : MM. Vallat, Reboul et Dumoret.

— A la suite du concours ouvert au mois d'octobre 1886 : « De la sédentarité dans les écoles primaires et secondaires, et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spécial », la Société française d'hygiène vient de décerner les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil. — *Ex æquo*, MM. les docteurs Bach (de Paris) et Guillermet (de Chatou).

Médaille d'argent. — M. Rouxel (de Paris).

Médailles de bronze. — M. le docteur Hooghe, de Loochristy-lez-Gand (Belgique), et M. E. Paz (de Paris).

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain 5 juin 1887, à Grignon, Thiverval et Beynes.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra, à sept heures très précises du matin, le train pour Plaisir-Grignon. On sera rentré à Paris à six heures du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie (galerie de géologie), avant samedi à quatre heures.

— M. L. Guignard, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 5 juin 1887, à Lardy-Bouray.

Le rendez-vous est à la gare du chemin de fer d'Orléans, à onze heures du matin, pour le train partant de Paris, à onze heures vingt-cinq minutes, pour la station de Lardy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris

M. Metaxas-Zani. De la cure de certaines tumeurs de la face. — M. Ritzo. Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. — Ses ulcérations tuberculeuses. — M. Nivet. De la fréquence relative des différentes variétés de chancres extra-génitaux chez l'homme et chez la femme (suivi de quelques considérations sur un certain nombre de cas observés à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1886).

M. Lerond. Traitement de l'hydrocèle par les injections au chlorure de zinc au dixième. — M. Joffrin. Étude critique sur les déchirures du périnée. — Variétés. — Étiologie. — Traitement.

M. Flaud. Traitement de l'hygroma prérotulien chronique. — M. Delobel. Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sus-hyoïdienne.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 MAI 1887

Fièvre typhoïde 16.—Variole 13.—Rougeole 44.— Scarlatine 2. — Coqueluche 11.— Dipthérie, croup, 43 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 198.— Autres tuberculoses 28. — Tumeurs : Cancéreuses 38. — Autres 13. — Méningite 42. — Congestion et hémorr. cérébr. 43. — Paralysie 8. — Ramollissement cérébral 8. — Maladies organiques du cœur 53.—Bronchite aiguë 37. — Bronchite chronique 40. — Broncho-pneumonie 19. — Pneumonie 61. — Gastro-entérite : Sein 23. — Biberon 49. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 5.— Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 21. — Sénilité 25. — Suicides 15. — Autres morts violentes 77.— Autres causes de mort 162. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine : 1.114 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La vie des Sociétés, par le docteur A. Bordier, professeur à l'Ecole d'anthropologie de Paris. — Paris, 1887, C. Reinwald, libraire-éditeur.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Première session. — Biarritz (1886). — Paris, 1887, Octave Doin, libraire-éditeur.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. —Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations de séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquamations épithéliales et en particulier du choléra asiatique, par le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1877, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Bibliothèque de l'Assistance publique. — *Les enfants assistés de la Seine*, par le docteur H. Thulié, membre du Conseil de surveillance des asiles de la Seine. — Un vol. in-4°, carré de 660 pages avec 5 plans et 2 cartes. — Prix : 15 fr. — Paris, publications du PROGRÈS MÉDICAL.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 24 11 JUIN 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. BICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HOPITAL NECKER

CONGESTIONS GRAVIDIQUES ET RÉVULSION,
par M. le professeur PETER.

Messieurs,

Au n° 11 de notre salle Sainte-Adélaïde se trouve une femme âgée de 36 ans et qui vient d'avorter au cinquième mois de sa cinquième grossesse. Cette malade n'est pas seulement intéressante par la série des troubles fonctionnels qui ont préparé et provoqué ce redoutable accident, et si j'appelle sur elle toute votre attention, c'est parce que son cas est de ceux qui soulèvent une grave question de traitement et qu'il m'a fourni l'occasion de mettre en œuvre un agent thérapeutique dont on a peut-être abusé jadis, mais que l'on dédaigne ou que l'on repousse bien à tort aujourd'hui. Je veux parler de la révulsion.

Notre malade est d'un tempérament assez robuste. Elle n'est ni syphilitique ni alcoolique ; elle n'est pas entachée de rhumatisme. Elle n'a pas non plus de maladie de cœur. Ses quatre premières grossesses ont évolué normalement, sans incident, sans complication d'aucune sorte. Sa santé était donc parfaite lorsqu'elle est devenue enceinte pour la cinquième fois dans le courant du mois de décembre dernier.

Dans les premiers mois, tout s'est bien passé; mais, il y a quinze jours environ, cette femme a éprouvé des douleurs de tête incessantes, puis des nausées, et enfin elle a été prise de vomissements répétés. Remarquez, Messieurs, que ce n'étaient pas là ces vomissements d'ordre réflexe, avertisseurs de l'imprégnation, qui se montrent d'ordinaire pendant le premier mois. Bientôt la malade voit ses jambes enfler, ses paupières deviennent bouffies. Un médecin appelé examine ses urines. Elle était albuminurique; je dis plus, elle était urémique. C'est dans ces conditions qu'elle a avorté, elle était alors au cinquième mois de sa grossesse. A peine l'expulsion du placenta est-elle effectuée que cette femme est frappée d'une violente attaque d'éclampsie. Cela se passait la veille même de son admission à l'hôpital, où elle fut transportée lundi dernier à huit heures du matin. A quatre heures, elle avait eu un second accès convulsif, pendant lequel elle s'était mordu la langue.

Je l'examinai séance tenante et, après avoir constaté la présence dans les urines de cette femme d'une forte proportion d'albumine rétractile, je prescrivis immédiatement l'application de six ventouses scarifiées sur la région rénale. Ceux d'entre vous qui suivaient ce jour-là ma visite ont pu trouver quelque peu paradoxale et illogique cette intervention sanglante chez une femme albuminurique, en couches, et, partant, *anémique*, selon l'opinion régnante du jour. Pourquoi ai-je agi ainsi ? Je vais vous le dire.

Physiquement, nécessairement et logiquement, toute femme

FEUILLETON

LES MOMIES ROYALES D'EGYPTE RÉCEMMENT MISES AU JOUR, par M. MASPERO, membre de l'Académie. Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie des inscriptions et belles-lettres.

Messieurs,

Pendant l'été de 1871, un Arabe de Gournah, en quête d'antiquités, découvrit une tombe remplie de cercueils empilés confusément l'un sur l'autre. La plupart étaient couverts de cartouches et portaient l'uræus au front. Les fouilleurs de Thèbes savent depuis longtemps que ce sont là les marques de la dignité royale: le nôtre connaissait trop bien son métier pour ne pas deviner au premier coup d'œil que le hasard lui avait livré un plein souterrain de Pharaons. Jamais pareille chose ne s'était vue de mémoire d'homme ; mais la trouvaille, si précieuse qu'elle fût, ne laissait pas que d'être difficile à exploiter. Les cercueils étaient nombreux et lourds : ce n'eût pas été trop d'une douzaine d'ouvriers pour les remuer. On n'avait accès aux chambres funéraires que par un puits profond : il fallait, pour les vider de leur précieux contenu, installer au-dessus de l'ouverture béante un appareil de poutres et de cordes impossible à dissimuler. On aurait dû mettre les voisins dans la confidence, partager le trésor avec eux, encore n'était-on pas certain qu'un des associés, mécontent de son lot, n'allât pas tout révéler au moudir de la province ou au directeur des fouilles. Le découvreur se résigna à ne pas tirer un parti immédiat de l'aubaine qui lui était échue. Deux de ses frères et un de ses fils l'aidèrent à démailloter quelques momies, à enlever deux ou trois couffes de figurines funéraires, des scarabées, des canopes, des Osiris en bois peint, une demi-douzaine de papyrus, une collection d'objets aisés à emporter et à cacher. Ils descendirent trois fois en dix ans au fond de leur caverne : c'était de nuit, pour quelques heures seulement et leurs mesures étaient si bien prises que personne autour d'eux ne soupçonna l'importance de la découverte. Chaque hiver, ils vendaient aux voyageurs quelque chose du butin qu'ils avaient rapporté de ces expéditions : ils attendaient, pour disposer du reste, qu'un savant, envoyé en mission par son gouvernement, vint à Thèbes, ou un touriste assez

enceinte est *pléthorique*. La méconnaissance de ce fait a entraîné des aberrations de thérapeutique déplorables et c'est une des erreurs les plus monstrueuses de la médecine contemporaine de considérer comme anémiques toutes les femmes grosses. Elle me paraît reposer sur ce double parallogisme : abus de la généralisation et vice de langage.

Andral et Gavarret, il y a plus d'un demi-siècle, ont eu l'idée féconde de donner à l'humorisme ancien une base scientifique. C'est là une œuvre très belle, et toute d'initiative. Elle eut l'immense mérite de diriger l'investigation scientifique vers l'étude minutieuse du sang et des autres humeurs de l'économie et de préparer ainsi tant et de si précieuses découvertes qui ont agrandi le domaine de l'hématologie (notamment les *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang*, par Andral et Gavarret, en 1840;—*L'Essai d'hématologie pathologique*, d'Andral, en 1843; — *Les recherches sur la composition du sang*, de Becquerel et Rodier, en 1844, etc.). Ils se sont mis à étudier le sang des femmes enceintes. Ils ont trouvé que la masse des globules était constamment inférieure à la normale, et ils en ont conclu que *toutes* les femmes en état de gestation étaient anémiques. C'était rigoureux quant à leurs expériences; mais attendez.

Savez-vous de quelles femmes ils avaient examiné le sang? C'est chez les *femmes pauvres de l'hôpital*, femmes pauvres physiquement, physiologiquement et socialement, qu'ils ont poursuivi leurs recherches : ouvrières parisiennes chétives et mal nourries, invalidées par le travail ou par leur grossesse et tombées de ce fait dans le dénument le plus complet; villageoises séduites et délaissées, venant à Paris pour y cacher leur grossesse clandestine : misère physiologique, misère morale, telles sont en somme les deux conditions pathogéniques dominantes dans cette population à laquelle Andral et Gavarret ont emprunté leurs éléments d'étude. Oui, certes, les malheureuses dont il s'agit sont anémiques, et leur sang est pauvre en globules. Mais il n'en est plus de même pour la femme d'un riche banquier, entourée de tout le confort désirable, sous le rapport de l'alimentation, du repos et de l'air; il n'en est plus de même chez cette robuste fermière, chez cette femme de la campagne au teint coloré, débordante de vigueur et de santé. Ainsi, messieurs, on a voulu appliquer à *toutes* les femmes enceintes ce qui n'est vrai que de quelques-unes; on a voulu trop tôt étendre à la pratique médicale ce qui n'était réel que dans les expériences du laboratoire. J'avais donc raison de dire que c'est commettre un parologisme par abus de généralisation que de déclarer, comme on le fait couramment, que toutes les femmes enceintes sont anémiques.

Mais qu'importe! ouvrez vos livres classiques, consultez les traités d'accouchement les plus justement estimés et vous y trouverez formulée à la façon d'une incontestable vérité, d'un axiome authentique, cette très peu véridique assertion.

Je vous ai dit que cette erreur d'interprétation s'était imposée à la faveur d'*un vice de langage*. Je m'explique. Le mot anémie peut et doit avoir deux significations, ou, si vous voulez, indiquer deux états différents. On peut être anémique quant à la quantité ou bien quant à la qualité de son sang. C'est à ce dernier mode que ressortissent les femmes grosses de la population hospitalière; celles-là ont, je vous le concède, un sang appauvri, soit en globules, soit en hémoglobine. Mais elles n'en sont pas moins *pléthoriques* en ce sens que la masse totale de leur sang s'est accrue du fait de leur grossesse. Il n'est pas douteux que toute femme qui devient enceinte augmente sa masse sanguine, puisque, et parcequ'elle porte en elle une circulation nouvelle, une circulation parasite, à l'hématose de laquelle son sang à elle doit satisfaire. N'est-ce pas là un fait physiquement et hydrauliquement incontestable? les dilatations vasculaires et l'hypertrophie du cœur n'en sont-ils pas d'ailleurs la preuve anatomique?

Vous voyez bien, messieurs, que les femmes grosses ne sont jamais *anémiques;* c'est pléthoriques qu'il faut dire, pléthoriques pauvres en globules quelquefois, pléthoriques *ad vasa* ou quant à la quantité toujours. La chose a bien quelque importance, car c'est cet état de pléthore vasculaire qui prédispose les femmes grosses aux congestions viscérales multiples, si fréquentes chez elles : congestion pulmonaire ou rénale; et c'est le cas de notre malade. C'est précisément la congestion rénale qui a fait de cette femme jusque-là bien portante, une albuminurique d'abord, puis une urémique, enfin une éclamptique. C'est pourquoi, m'attaquant à l'état congestif de l'appareil rénal, cause première de tous ces désordres, j'ai eu recours à la révulsion sanglante. Or, voici ce qu'il en est advenu : le lendemain il y avait moins d'albumine dans les urines, le surlendemain l'amélioration s'accentuait et aujourd'hui on n'en trouve plus que des traces.

---

riche pour acheter les rois en bloc et obtenir le laisser-passer de la douane égyptienne.

Cependant, une partie des objets dont ils avaient réussi à se débarrasser était parvenue jusqu'en Europe. Dès 1874, quelques figurines assez grossières de travail, mais revêtues d'un charmant émail bleu, avaient fait leur apparition sur le marché de Paris. Celles que je vis alors n'avaient point de nom royal, mais un simple prénom Khopirkerî, que trois Pharaons se sont attribués successivement. Le plus ancien est Ousirtasen, de la XIIe dynastie, le plus moderne Nectanébo, de la XXXe. Le style des inscriptions me força à les écarter. Restait un prince obscur de la XXIe dynastie, Pinotmou; je me rejetai sur lui, faute de mieux, et d'autres indices prouvèrent bientôt que ce n'était pas sans raison. Au printemps de 1876, un officier général anglais, du nom de Camphell, me montrait le Rituel hiératique du grand-prêtre d'Amon Pinotmou, qu'il s'était procuré à Thèbes pour la somme de quatre cents livres sterling. En 1877, M. de Saulcy me remettait les photographies d'un long papyrus ayant appartenu à la reine Notmit et dont la fin est aujourd'hui au Louvre, le commencement en Angleterre. L'original était entre les mains d'un drogman syrien qui l'avait acquis à Louxor. M. Mariette avait déjà acheté à Suez deux papyrus de même provenance, écrits au nom d'une reine Tiouhathor Hontoouï.

En 1878, Rogers-bey exposait à Paris une tablette en bois sur laquelle était écrit un texte des plus curieux : le dieu Amon y rendait un décret en faveur des figurines funéraires déposées avec le corps d'une princesse Nsikaonsou. Bref, dès 1878, on pouvait affirmer que les Arabes avaient découvert un ou plusieurs hypogées appartenant au groupe encore inconnu des tombes royales de la XXIe dynastie.

En rechercher l'emplacement fut, sinon le principal, du moins l'un des principaux objets du voyage que j'entrepris dans la Haute-Egypte aux mois de mars et d'avril 1881. J'ai dit ailleurs comment l'affaire s'engagea et avec quel succès. Trois mois plus tard, vers le milieu de juillet, ce qui restait du trésor qu'avait renfermé la cachette de Deir el Bahari était en sûreté au musée de Boulacq. Le succès dépassait toute espérance : où je m'étais attendu à rencontrer un ou deux roitelets obscurs, les Arabes avaient déterré des dynasties entières. Et quelles dynasties! les plus illustres peut-être qui aient régné sur l'Egypte, la XVIIIe, la XIXe, la XXe, les

Je ne veux pas, Messieurs, m'attribuer tout l'honneur d'une guérison aussi rapide. Cette cure a deux auteurs : le premier c'est la nature, ou si vous préférez l'avortement; c'est lui qui pour une large part a fait cesser la pléthore et partant la congestion rénale avec toutes ses conséquences; le second, c'est le médecin. Je vous ai dit que les urines de notre malade ne présentaient plus que des traces d'albumine, de sorte qu'elle pourrait être considérée comme guérie. Gardez-vous en pareil cas de croire, comme le font parfois les accoucheurs, que tout danger soit passé. La nature a fait aujourd'hui tout ce qu'elle pouvait faire; son rôle est fini; néanmoins l'albuminurie persiste et c'est ici que le médecin doit agir. Savez-vous ce qu'il pourrait advenir si, dédaignant cette albuminurie en apparence insignifiante, on cessait l'emploi des révulsifs? La congestion rénale persistante, quoique à un faible degré, entraînerait à la longue des lésions inflammatoires irrémédiables et notre malade s'acheminerait ainsi lentement, mais sûrement, vers la néphrite chronique. Plus souvent qu'on ne le croit, la congestion rénale des femmes enceintes est l'origine de cette terrible affection qu'on appelle le mal de Bright. Pour ma part, je pourrais vous en citer d'assez nombreux exemples. Aussi ai-je prescrit chez notre malade des applications successives,et à court intervalle,de pointes de feu; ce traitement, joint au régime lacté, à l'emploi du tannin, sera poursuivi jusqu'à complète cessation de l'albuminurie.

Lors donc que vous serez en présence d'une femme enceinte, albuminurique, en proie aux convulsions, si cette femme est robuste, largement nourrie, pratiquez la saignée, c'est là le traitement héroïque de l'éclampsie puerpérale; le chloral et les anesthésiques ne s'adressent pas à la cause première du mal; les convulsions ne sont qu'un des effets de l'empoisonnement urémique et de la congestion des centres nerveux.

Si la malade est simplement albuminurique, usez encore et largement de la révulsion, sous forme de ventouses scarifiées, puis de cautérisations ponctuées, et cela tant que persistera l'albuminurie, quelque légère qu'elle soit après comme avant l'accouchement. Le régime lacté seul ne suffit pas. Sans doute, il facilite et diminue le travail du filtre rénal, mais il ne peut rien contre l'élément congestif. N'oubliez pas que c'est la congestion que doit toujours et surtout viser votre action thérapeutique; et pour la combattre, ne vous privez pas, sous le prétexte d'une anémie physiquement impossible, d'une anémie physiologiquement incompatible avec les besoins matériels du fœtus, ne vous privez pas, dis-je, des réels et précieux avantages que vous offre la révulsion; la révulsion, dont tant de médecins méconnaissent aujourd'hui la valeur ou rejettent l'emploi, quelques-uns par erreur de jugement et beaucoup tout simplement parce que la mode en est passée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie

I. Procédé pour la recherche des bacilles tuberculeux isolés, par Biedert (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, nos 42 et 43). — II. Sur la question de la coloration des bacilles dits de la syphilis et des bacilles de la tuberculose, par le docteur B. Bienstock (*Fortschritte der Medicin*, 1886, n° 6). — III. Influence exercée par la graisse sur la coloration des micro-organismes, par A. Gottstein (*Ibidem*, n° 8). — IV. Sur la sécrétion de ferments par le vibrion du choléra asiatique (bacille de Koch), par H. Buchner (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1886, n° 35, et *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, n° 9, p. 99.)— V. Sur les micro-organismes en suspension dans le contenu des pustules varioliques, par le docteur P. Guttmann (*Virchow's Archiv*, t. CVIII, fasc. 2, p. 286, 1887).

I. L'expérience a démontré qu'à la longue les bacilles spécifiques (bacilli tuberculosi) contenus dans le pus tuberculeux s'amassent dans les parties déclives. Partant de ce fait, M. Biedert propose d'introduire les modifications suivantes dans la recherche des micro-organismes en question, pour faciliter la découverte des bacilles isolés. On mélange la valeur d'une cuillerée à bouche de crachats avec une quantité double d'eau. On ajoute quinze gouttes de liqueur de soude caustique et on fait bouillir le tout jusqu'à liquéfaction parfaite de la masse. On ajoute quatre autres cuillerées à bouche d'eau, et on fait bouillir à nouveau, jusqu'à ce que l'on obtienne un liquide parfaitement homogène, ne tenant plus en dissolution que quelques particules solides. Si, en refroidissant, la masse ne conserve pas une fluidité suffisante; on ajoute deux ou trois

souverains qui la délivrèrent des Pasteurs, Soqnounri et Ahmos Ier, les conquérants de la Syrie et de l'Ethiopie, Amenhotpou Ier et Thoutmos III, Séti Ier, Ramsès II; enfin le Sésostris des Grecs, le seul des Pharaons dont la postérité ait retenu le nom. Les grands-prêtres d'Amon, à qui la loi confiait la garde des momies royales, avaient retiré les princes de la XIXe et de la XXe dynastie, Ramsès Ier, Séti Ier, Ramsès II, Ramsès III, des tombeaux somptueux qu'ils occupaient dans le Bab el Molouk. C'était pour les sauver des voleurs, et on les avait transportés d'abord dans une dépendance du tombeau d'Amenhotpou 1er, où la plupart des membres de la XVIIIe dynastie se trouvaient déjà réunis. Quand la race des grands-prêtres d'Amon s'éteignit à son tour, un fils de Shesbonq Ier, Ouapont, transféra les momies royales dans le tombeau où dormaient les dernières générations de la famille sacerdotale : prêtres et rois reposent côte à côte pendant près de trente siècles.

Arrivés à Boulacq, il fallait les loger convenablement. Un ministre des travaux publics, Ismaïl Pacha Eyoub, leur construisit en 1881 une salle nouvelle, grande et bien éclairée. Un second ministre, Mahmoud Pacha Febmy, leur donna, en 1882, douze vitrines pour mettre les principaux d'entre eux à l'abri de l'air. Puis ce fut le colonel Scott Montcrieff, qui ouvrit les crédits nécessaires pour boiser en partie les murs auxquels ils étaient adossés. Ces opérations successives ne s'étaient pas accomplies sans de longs retards dont ils avaient souffert. Dès les premières semaines de leur séjour à Boulaq, le conservateur-adjoint du musée, M. Emile Brugsch, n'avait pu résister au désir de voir face à face l'un au moins des souverains dont il avait la garde, et avait démaillotté, sans ordre et pendant mon absence, la momie de Thoutmos III; elle avait été déjà fouillée par les Arabes et la face en était défigurée. Vers le mois de septembre de l'an dernier, une seconde momie, celle de la reine Nofritari probablement, que sa mauvaise odeur m'avait obligé à reléguer dans les magasins du Musée, fut ouverte par M. Brugsch, sans ordre, pendant mon absence, et le corps fut enterré : il était tombé en putréfaction au contact de l'air. D'autres momies, celle de Soqnounri, celle d'un prince anonyme enfermé dans une gaîne blanche, commençaient à exhaler des senteurs étranges et menaçaient de se décomposer. Ces accidents divers et l'impossibilité où je me trouvais de les prévenir me décidèrent enfin à faire moi-même avec soin et à loi-

nouvelles cuillerées à bouche d'eau. On verse ensuite le tout dans un verre à réactif, de forme conique; au bout de quarante-huit heures, on décante, en ne conservant qu'une couche de liquide de 5 à 8 millimètres de hauteur, dont on porte quelques gouttes sur le porte-objet, avec un instrument en platine, et qu'on colore ensuite par les procédés en usage.

De la sorte, si les crachats utilisés ne renferment qu'un nombre relativement minime de bacilles, ceux-ci se réunissent en masses assez serrées dans la préparation; seulement, le contact avec la liqueur sodique les aura rendus moins sensibles au procédé de coloration d'Ehrlich. Aussi faudra-t-il employer simultanément ce procédé avec celui de Neelsen-Johne (laisser le couvre-objet en contact, pendant une heure, avec une solution phéniquée de fuchsine à 5 0/0, décolorer avec une solution d'acide sulfurique à 25 0/0, colorer une seconde fois avec du vert de malachite).

Ce procédé, fait remarquer l'auteur, dispense d'examiner un grand nombre de préparations, lorsqu'on veut s'assurer de la présence des bacilles spécifiques dans des produits ou des tissus qu'on suppose être contaminés par la tuberculose.

Accessoirement, M. Biedert rappelle la théorie qu'il a émise il y a longtemps, pour rendre compte de la pathogénie de la phtisie pulmonaire. Il fait dériver celle-ci d'un processus pneumonique chronique qui se transforme ultérieurement en processus tuberculeux, par suite de l'immigration de *bacilli tuberculosi* dans les foyers pneumoniques. On s'explique ainsi que, dans les cas de phtisie pulmonaire, les lésions tuberculeuses se présentent sous forme de foyers circonscrits, et qu'il n'existe point en pareil cas de tuberculose disséminée.

A l'appui de sa théorie, M. Biedert relate deux observations cliniques assez probantes : l'une est relative à un malade affecté d'abord d'une pleuro-pneumonie, et dont les crachats, pendant longtemps, ne renfermaient pas de bacilles spécifiques; finalement il se développa une phtisie pulmonaire à laquelle succomba le malade. Chez le sujet de la seconde observation, la phtisie pulmonaire se développa consécutivement à une pneumonie par inhalation.

L'auteur conclut à la nécessité de pratiquer systématiquement l'examen des crachats, dans le cours et à la suite de toutes les affections caractérisées par des lésions pulmonaires en foyers.

II. Les recherches de M. Bienstock ont trait à l'influence que la nature du milieu ambiant exerce sur la manière dont les bacilles se comportent par rapport aux procédés de coloration qu'on emploie pour les mettre en évidence. Ces recherches ont eu spécialement pour objet l'étude des caractères morphologiques des bacilles dits de la syphilis et des bacilles du smegma. M. Bienstock a ensemencé des bacilles d'espèces variées dans un mélange de peptone de viande et d'agar-agar, additionné de beurre cuit. Dans un pareil mélange, il se forme trois couches distinctes, superposées, qui sont, en allant de bas en haut : la couche de culture proprement dite, une couche butyreuse, une couche de gélatine. Les bacilles qui se développent dans la première et la troisième couches ne présentent pas de caractères particuliers ; au contraire, ceux qui se développaient en grand nombre dans la couche intermédiaire donnaient, avec les procédés de coloration bien connus, absolument les mêmes résultats que les bacilles de Lutsgarten et les bacilles du smegma. L'auteur en donne l'explication suivante : La couche de matière grasse qui enveloppe chaque bacille facilite la coloration de ce dernier, comme elle le protège ensuite contre les agents de décoloration. Bref, l'auteur conclut des résultats de ses recherches, qu'un grand nombre de variétés de bactéries, sinon toutes, peuvent donner les mêmes réactions que les bactéries dites de la syphilis et celles du smegma, avec les procédés de coloration proposés pour la recherche de ces dernières. Il incline, d'autre part, à admettre que les matières grasses, en suspension dans le contenu des cavernes, doivent exercer sur les *bacilli tuberculosi* la même influence que la matière butyreuse a exercée sur les bacilles d'espèces très variées, dans les expériences dont il vient d'être question. Si cette hypothèse se vérifiait, le procédé de coloration d'Ehrlich perdrait toute valeur diagnostique, après avoir cessé déjà d'être considéré comme un procédé de recherche, d'une valeur pathognomonique.

III. M. Gottstein, qui a fait des recherches dans cette même voie, sans avoir eu connaissance de celles de M. Bienstock, est arrivé à des résultats concordants. Il a constaté qu'en s'imprégnant de matières grasses, les micro-organismes d'espèces très variées se comportent, à l'égard des procédés de coloration employés pour la recherche des *bacilli tuberculosi*, comme ces derniers ; c'est-à-dire qu'ils acquièrent la pro-

---

sir ce qu'un employé secondaire avait fait rapidement et sans précautions suffisantes Le Khédive désirait depuis longtemps savoir si c'était bien Ramsès II lui-même que nous avions dans le cercueil qui portait le nom du conquérant. Ramsès II fut le premier des Pharaons qu'on dépouilla de ses bandelettes, en présence de son lointain successeur. Ce fut ensuite le tour de Séti Ier et de Soqnonri, puis celui d'Ahmos Ier et des grands-prêtres d'Amon; un mois entier suffit à déshabiller tous ces Pharaons, à les mesurer, à les décrire, à leur arranger une dernière toilette qui les rendit propres à figurer décemment dans le Musée.

Ils se partagent naturellement en deux groupes distingués l'un de l'autre par l'apparence extérieure, par la façon dont les linges sont placés autour du corps, par la pose et l'aspect de la momie. D'un côté sont rangés les Pharaons de la XVIIe, de la XVIIIe et de la XIXe dynastie, depuis Soqnouri jusqu'à Ramsès II; de l'autre, ceux de la XXe et les grands-prêtres d'Amon depuis Ramsès III jusqu'à Pinotmou III. Les cercueils du premier groupe sont d'ordinaire assez simples. Le plus vieux, celui de Soqnouri, est trapu, lourd, recouvert d'une couche de stuc blanc jadis doré; la tête et la coiffure sont peintes en jaune. Ceux d'Amenhotpou Ier et de son petit-fils Thoutmos II sont à fond blanc, sauf la tête qui est enduite de jaune clair. Ils ont la figure souriante, presque joyeuse : le mort voudrait bien nous laisser croire qu'il est content de son état. La reine Nofritari et sa fille Ahhotpou étaient enfermées dans des espèces de statues gigantesques, hautes de plus de trois mètres. Séti Ier avait des yeux d'émail incrustés, et une caisse en forme de momie, barbouillée de blanc; Ramsès II, une caisse de bois nu, sans peinture. Dès qu'on passe au deuxième groupe, le décor extérieur change complètement. Les momies ont double et triple cercueil, et chaque cercueil est décoré avec un soin minutieux. Ils sont glacés presque tous de ce vernis jaunâtre dont l'usage devint général vers la fin de la XIXe dynastie. La face et les mains sont ou dorées ou recouvertes d'une feuille de cuivre doré : la tête est ciselée avec amour et reproduit le portrait du personnage. Les couvercles et les cuves sont chargés de scènes et de légendes dessinées et enluminées avec soin. La reine Notmit, mère du Pharaon Hrihor, se distingue entre toutes par la splendeur de son appareil funèbre. Une feuille d'or recouvre chacun de ses deux cercueils, à l'exception de la coiffure et de quelques détails : les hiéroglyphes et les figures de l'ornementation sont for-

priété de se laisser difficilement imprégner par les couleurs d'aniline à réaction basique, et celle d'opposer une grande résistance à l'action décolorante des acides et de certains sels.

La preuve en peut être faite sur des préparations sèches, quand on se sert de matières grasses solides; il suffit de chauffer les couvre-objets qui supportent les préparations et de les enduire de petites particules de beurre, de paraffine, de lanoline, de cire. On constate alors que les micro-organismes, aussi bien que les cellules contenus dans la préparation, après un séjour de douze heures dans une solution de fuchsine, résistent énergiquement à l'action décolorante des acides. La matière grasse elle-même ne se laisse pas imprégner par la fuchsine, sauf la lanoline, qui prend une teinte rouge dont elle ne se dépouille pas au contact des acides.

Mêmes résultats sur des préparations en coupes, traitées par des graisses liquides, même quand on traite accessoirement la préparation par des matières (xylol, térébenthine, acide phénique), qui ont pour effet de donner plus de limpidité aux tissus. En ensemençant des bacilles dans de la gélatine additionnée d'une petite quantité de savon médicinal ou de quelques gouttes d'un mélange de lanoline (1 partie) et de bile de bœuf (2 parties), M. Gottstein est arrivé à des résultats qui concordent de tous points avec ceux de M. Bienstock. Comme ce dernier, il admet que les bacilles du smegma ne sont redevables de leur réaction aux procédés colorants qu'à leur imprégnation par la matière grasse contenue dans le milieu ambiant (et qui est sans doute un produit épithélial analogue à la lanoline). Il n'en serait pas de même des *bacilli tuberculosi*; d'après M. Gottstein, les bacilles de la tuberculose, traités par la potasse caustique et l'alcool, ne perdent pas leur aptitude à se laisser colorer par certaines matières bien connues, comme il arrive pour les bacilles imprégnés artificiellement de graisse, pour les bacilles du cerumen, pour ceux du smegma.

IV. D'après les résultats des recherches de M. Buchner, qui ont été exposés dans la thèse de son élève, M. H. Bitter, le bacille en forme de virgule, ou vibrion de Koch, sécrète un ferment qui, déposé dans du blanc d'œuf coagulé, clarifie d'abord cette matière, puis la liquéfie en la décomposant. Cette action dissolvante s'exerce indépendamment de l'intervention du micro-organisme dont dérive le ferment, car elle se produit encore lorsque le vibrion générateur a été exposé pendant une demi-heure à une température de 60°, à laquelle il est incapable de résister. Le ferment manifeste sa plus grande activité quand il est mis en suspension dans une solution alcaline; il est anéanti par l'exposition à une température de 80° pendant une demi-heure.

Les globules rouges en vie opposent une résistance énergique à l'action peptonifiante du ferment sécrété par le bacille de Koch.

Il est vraisemblable, d'autre part, que le vibrion de Koch sécrète un ferment diastatique, car lorsqu'on ajoute de l'empois d'amidon à des cultures pures de ce microbe, il y a mise en liberté d'acides, dont la présence ne peut s'expliquer que par une transformation préalable de l'amidon en dextrine et en sucre. Il est vrai qu'on ne peut retrouver dans la masse ces termes intermédiaires.

D'après M. Buchner, si le bacille en forme de virgule, isolé et décrit par Finckler et Prior, liquéfie la gélatine de culture avec plus de rapidité que ne le fait le bacille de Koch, cela tient à ce que le premier est doué de mouvements propres plus actifs que le second. Ce dernier gagne facilement le fond de l'entonnoir de gélatine liquéfiée; il se trouve ainsi soustrait à l'accès de l'oxygène et, par suite, il pâtit dans sa vitalité. Au contraire, le bacille de Finkler et Prior parvient à se maintenir dans le voisinage de la surface libre du milieu de culture, qui est en contact avec l'oxygène de l'air; d'où une végétation plus active et une sécrétion de ferment plus abondante.

V. Il y a quelques mois (voir Gazette médicale, 1886, n° 50, p. 596), M. P. Guttmann avait signalé la présence dans le contenu des pustules varioliques de deux variétés de micrococcus: l'un indifférent, le *coccus cereus albus*; l'autre pathogène, qui n'était autre que le *staphylococcus pyogenes aureus*. Ces premières recherches avaient porté sur le contenu de pustules récentes, non suppurées. M. P. Guttmann les a poursuivies, en ensemençant le contenu de pustules varioliques suppurées. Il a réussi à isoler deux nouvelles variétés de coccus, à savoir :

(*a*) Un premier coccus, d'un jaune verdâtre citrin, qui se développe avec une grande rapidité dans de l'agaragar (36°), dans de la gélatine (qui n'est pas liquéfiée), dans du bouillon (36°). Ce coccus est ovoïde et s'agrège en groupes assez

---

més de menus fragments de pierres précieuses et d'émaux enchâssés dans l'or. La simplicité des grands morts ne s'explique pas bien du premier coup, surtout si on la rapproche du luxe que ces roitelets obscurs ont déployé pour décorer leur piètre personne. Il faut se rendre à Thèbes même, au lieu de leur sépulture, pour en comprendre la raison.

Séti Ier, Ramsès II, Ramsès III, employèrent ce qu'ils avaient de ressources et d'énergie à se creuser un hypogée enfoui profondément dans la montagne. Les parois en étaient sculptées ou peintes, le sarcophage était taillé dans un bloc immense de granit ou d'albâtre ouvragé finement; peu importait que le cercueil en bois où dormait la momie fût peu ou point décoré. Les grands-prêtres d'Amon et ceux de leur famille n'avaient point, comme les conquérants qui les avaient précédés, la faculté de puiser indéfiniment dans les trésors de l'Égypte et des pays voisins. Leur pouvoir ne s'étendait que sur une partie de la vallée du Nil, leurs sujets étaient pauvres, leur budget médiocre ne leur permetait pas d'entreprendre de longs travaux : ils renoncèrent à se préparer des tombes monumentales et dépensèrent ce qui leur restait d'argent à se fabriquer de belles caisses en sycomore. Le luxe de leurs cercueils n'est, en résumé, qu'une preuve de plus à joindre aux preuves déjà nombreuses que nous avons de leur faiblesse et de leur pauvreté.

Les momies du premier groupe ne sont pas trop étroitement emmaillotées. Les jambes, les bras, les mains, sont enveloppés d'une étoffe fine, souple, moelleuse et chaude au toucher, aussi légère et aussi transparente que la mousseline de l'Inde. Des morceaux de natron à demi pulvérisé sont roulés dans des chiffons de toile grossière et disposés irrégulièrement le long du corps. D'autres paquets placés dans l'intervalle des cuisses ou des jambes, entre les bras et les manches, autour du cou, renferment le cœur ou la rate, une substance granuleuse, où j'ai cru reconnaître des restes de cervelle desséchée, des cheveux tressés ou coupés en mèches libres, des rognures de barbe et de poils. On sait quel rôle les cheveux humains jouaient dans la magie : il suffisait de les brûler avec des cérémonies et des incantations déterminées pour acquérir une puissance presque illimitée sur la personne à laquelle ils avaient appartenu. Les embaumeurs ensevelissaient avec les morts les portions de chevelure et de poils qu'ils avaient dû leur enlever pendant les manipulations, et c'était le moyen le plus sûr

volumineux, sans former de chaînettes. Il n'est pas pathogène.

(*b*) Un coccus qui forme à la surface de l'agar, des colonies d'un blanc grisâtre et qui, en végétant dans la gélatine, ne liquéfie pas non plus ce milieu. Il se développe très lentement, et ses colonies ne font jamais saillie au-dessus du point d'inoculation. Il est de dimensions moyennes et, comme le précédent, forme des agglomérations disséminées. Il n'est pas non plus pathogène.

En outre, chez un malade sur trois, l'auteur a pu isoler du contenu des pustules le staphylococcus pyogènes albus. Il conclut que les deux coccus pyogènes (*aureus* et *albus*) sont les causes de la suppuration qui s'empare des pustules varioliques au stade de suppuration, ce qui ne veut pas dire que ce soient également les agents pathogènes spécifiques de la variole.

Incidemment, M. Guttmann mentionne que M. L. Pfeiffer a signalé récemment (*Correspondenz-Blatt des Allgemeinen Aerztlischen Vereins von Thuringen*, 1887, no 2) la présence dans le contenu des pustules varioliques et vaccinales d'un nouveau parasite, de l'espèce *sporozoa* (Leuckart), qui se présente sous forme de corpuscules arrondis ou ovoïdes, de 0,020 m. m. d'épaisseur en moyenne, doué de mouvements propres. La signification pathogène de ce parasite est encore à démontrer.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

NATURE ET TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE, par M. CRIVELLI, ancien interne des hôpitaux.

La première partie de ce travail est consacrée à l'étude du microbe de la blennorrhagie. Dans un historique étendu, M. Crivelli passe en revue les diverses opinions émises à ce sujet, et Neisser, en décrivant, le premier, avec soin un micro-organisme dont il fait l'agent spécifique de la blennorrhagie, le gonococcus, marque une phase importante dans l'histoire de cette maladie. D'assez nombreux observateurs ont accepté l'opinion de Neisser et en ont vérifié l'exactitude; nous citerons parmi eux Eschbaum, Jullien, de Sinéty et Henneguy, Cornil et Babès. Le microbe pathogène a été trouvé par les uns sur l'épithélium; par les autres, principalement sur les globules de pus. A côté de ces opinions, il convient de citer celles d'après lesquelles le microbe en question n'aurait aucune spécificité. Eklund prétend, en s'appuyant sur des preuves expérimentales, que non seulement on peut le rencontrer à la suite de toute inflammation de l'urèthre, mais aussi dans les ulcérations aiguës ou chroniques dee intestins, des poumons et aussi dans les stomatites ulcéreuses.

Aubert (de Lyon) admet la théorie parasitaire de la blennorrhagie en la modifiant et en l'étendant; il reconnaît trois formes de la maladie, ayant chacune un microbe spécial. De Amicis a rencontré le gonococcus de Neisser non seulement dans la blennorrhagie, mais dans tout écoulement uréthral, de même que dans la leucorrhée des petites filles.

Les recherches de M. Crivelli ont été entreprises dans le but de contrôler les diverses opinions précédentes; elles sont en faveur de la spécificité du micrococcus. Jamais il ne l'a rencontré dans les uréthrites provenant de la présence d'une sonde à demeure ou d'un traumatisme; jamais, au contraire, il n'a manqué dans le pus des véritables blennorrhagies, à quelque période de la maladie, que M. Crivelli l'ait examiné.

Nous passerons rapidement sur les procédés de culture et sur les inoculations; celles-ci, tentées avec une timidité qu'on ne saurait blâmer, n'apportent pas de preuves convaincantes. Aussi M. Crivelli garde-t-il une grande réserve dans ses conclusions, malgré les résultats de ses recherches personnelles: si nous pouvons, dit-il, penser qu'il y a un microbe pathogène de la blennorrhagie, nous ne pouvons encore affirmer que le gonococcus soit ce microbe.

La deuxième partie de ce travail est consacrée au traitement; un historique fort étendu expose les diverses méthodes antiseptiques employées contre la blennorrhagie, et même les substances antiseptiques qui avaient été employées avant la théorie parasitaire. La liste en est longue; un grand nombre ne paraissent pas à M. Crivelli avoir donné de résultats très satisfaisants. Tels sont: le chloral, le bromure de potassium, l'encalyptus, les acides borique, phénique, salicylique et picrique, le chlorate de quinine, la teinture d'iode, l'iodoforme, l'eau oxygénée, l'antipyrine, le jus de citron, les décoctions de tabac, l'eau chaude, l'eau froide, etc., etc. Trois substances,

de soustraire ces débris aux magiciens de mauvaise volonté. Le suaire le plus rapproché de la momie était quelquefois un véritable amulette surchargé de prières à l'usage de l'autre monde. Le roi Thoutmos III avait de la sorte un exemplaire presque complet du *Livre des Morts* que son fils Amenbotpou II avait fait écrire à son intention. La princesse Masbonttimihou en possédait aussi une copie exécutée spécialement pour elle; mais la princesse Miritamon, moins favorisée, n'en avait qu'une de seconde main qu'on avait dérobée au prince Montoubotpou. Quelques tours de bandelettes, puis venaient une seconde pièce d'étoffe et des bandelettes nouvelles, puis on arrivait au linceul extérieur, que dissimulait parfois une bande de toile rouge tendue proprement sur le tout.

(A suivre.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Un concours s'ouvrira le 21 novembre 1887, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

Les candidats se font inscrire au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 21 octobre inclusivement.

Les épreuves du concours sont:

1o Une composition écrite sur une question d'anatomie et sur une question de physiologie.

Cinq heures sont accordées pour cette épreuve.

2o Une leçon d'une heure sur une question d'anatomie descriptive, après trois heures de préparation.

3o Epreuves pratiques:

a. — Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures sont accordées pour cette préparation;

b. — Une préparation extemporanée d'histologie. Quatre heures sont accordées pour cette préparation;

c. — Une épreuve de médecine opératoire;

d. — Une préparation de pièces sèches dans un délai fixé par le jury;

4o Appréciation des titres et travaux scientifiques.

au contraire, ont présenté des effets souvent merveilleux : c'est le permanganate de potasse, le sulfate de quinine et surtout le sublimé. Enfin un médicament dont nous n'avons pas à faire l'histoire, la résorcine, procure un grand nombre de guérisons. C'est au moyen d'injections que ces solutions, à titres convenablement variés, doivent être administrées; l'auteur insiste longuement sur les avantages et les inconvénients des injections, en reproduisant les recommandations souvent faites par M. le professeur Guyon.

Il a obtenu ainsi de nombreux succès ; mais ce traitement local par les antiseptiques ne constitue pas une panacée et ne réussit pas chez tous. Un certain nombre de malades ont vu, malgré ce traitement antiseptique bien dirigé, leur écoulement devenir chronique. Dans ces cas, il faut modifier le traitement, aller attaquer l'inflammation dans les points où elle s'est cantonnée, et c'est au moyen d'instillations argentiques qu'on y parviendra.

De nombreuses observations, recueillies surtout dans le service de M. Du Castel à l'hôpital du Midi, terminent cet intéressant et consciencieux travail.

Dr E. DESNOS.

REVUE DES THÈSES

DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE DANS L'ALCOOLISME, ET PLUS PARTICULIÈREMENT DE L'AMNÉSIE ALCOOLIQUE, par W. BABILÉE. — Thèse de Paris, 1886.

Par ses proportions matérielles (192 pages) aussi bien que par la façon complète et réellement scientifique dont l'auteur a traité son sujet, ce travail est plus qu'une simple thèse, c'est presque une véritable monographie des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme.

Je ne puis, bien à regret, dans cette analyse sommaire, suivre M. Babilée dans les nombreuses considérations physio-psychologiques et anatomo-cliniques qu'il développe sur la mémoire, et je dois me borner à reproduire ici la partie de ses conclusions qui a trait à la pathologie des souvenirs dans l'alcoolisme, non sans recommander comme des plus intéressantes la lecture de son œuvre.

Le premier degré de l'ivresse détermine de l'hyperidéation (Ch. Richet) et de l'hypermnésie. Le second degré entraîne une amnésie complète et parfois rétrograde, mais temporaire. Il permet cependant quelquefois à la mémoire d'accomplir ses fonctions d'une façon automatique. L'amnésie de l'ivresse peut être encore périodique, comme celle de l'hystérie. Le souvenir des illusions et des hallucinations de l'ivresse n'est pas constant, pas plus que la croyance en leur existence. Dans la troisième période de l'ivresse, l'amnésie est complète, souvent rétrograde, toujours temporaire.

Le souvenir des hallucinations du délirium tremens est incontestant. Tantôt il existe et tantôt il disparaît avec lui. Les hallucinations, comme les rêves, se rapportent souvent à un fait vrai, antérieur. Le plus généralement, le malade ne peut raconter ses hallucinations que comme il raconterait un rêve, d'une façon confuse.

En règle générale, il se produit, au début de l'alcoolisme chronique, comme dans l'alcoolisme latent, de la dysmnésie (Lonyer-Villermay) d'abord, puis de l'amnésie partielle.

L'amnésie s'établit d'une façon lente et progressive, en même temps que les facultés intellectuelles se dégradent, suivant une même marche. Elle peut devenir complète et rétrograde; sa marche n'est pas toujours uniforme et régulière. Il se produit quelquefois des crises pendant lesquelles l'amnésie est complète, mais peut disparaître après un temps plus ou moins long. Quelquefois, enfin, l'amnésie peut s'établir d'une façon presque subite.

La caractéristique de l'alcoolisme latent, c'est la dymnésie, plutôt que l'amnésie proprement dite, et une sensible dépression intellectuelle suivant une marche lentement progressive.

Dans l'alcoolisme aigu, après la deuxième comme après la troisième période de l'ivresse, c'est la faculté de reproduction qui est abolie, la conservation demeurant le plus souvent intacte. Dans l'alcoolisme chronique même, la conservation n'est atteinte que par suite d'une lésion, soit de la substance cérébrale, soit des vaisseaux dans lesquels l'apport sanguin nutritif est arrêté.

Le diagnostic de l'amnésie doit être surtout le diagnostic de la cause. Dans les cas difficiles, on possède une excellente pierre de touche : la privation de l'alcool, la séquestration. L'amnésie de la paralysie générale suit, avec quelques rémissions, une marche toujours progressive.

L'amnésie de l'alcoolisme suit au contraire une marche constamment régressive, sous l'influence de la privation du poison, même dans la pseudo-paralysie générale alcoolique. Le traitement de l'amnésie alcoolique repose sur le traitement de l'alcoolisme même.

L'oubli d'une faute n'est pas un motif suffisant pour entraîner le pardon de cette faute; aussi n'est-ce point l'amnésie elle-même qui intéresse le plus particulièrement le médecin-légiste, mais l'existence de l'ivresse, et surtout la nature de l'alcoolisme.

On doit établir une distinction entre l'homme qui se trouve dans un état pathologique fatal et celui qui, volontairement, de son plein gré, s'expose en s'énivrant à commettre des actes délictueux ou criminels.

Dans les cas de simulation de l'amnésie, on doit s'enquérir si, avant l'époque du crime, les personnes qui fréquentaient l'accusé se sont aperçues de l'affaiblissement de see facultés intellectuelles et de sa mémoire.

On peut, par un interrogatoire habilement fait, s'apercevoir que le simulateur nie le souvenir de certains faits capables de frapper son imagination, tandis qu'il se souvient très bien des faits insignifiants qui n'ont pu produire sur sa mémoire que des impressions faibles.

On peut encore provoquer chez le simulateur de nombreuses contradictions et remarquer que le prétendu amnésique oublie de préférence les faits qui sont précisément de nature à le compromettre. Enfin, le simulateur ne simule généralement que le symptôme amnésié et non la maladie toute entière qui aurait pu le provoquer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FOLIE RELIGIEUSE, par le docteur SOLEIMAN NAGATY. — Thèse de Paris, 1886.

Cette thèse reproduit les idées émises sur la folie religieuse par M. le professeur Ball, dans ses leçons de l'Asile Sainte-Anne, et ne présente rien de particulièrement original. Après un historique de la question, l'auteur passe à la description du délire religieux et, avec son maître, lui reconnaît une forme expansive et une forme dépressive (démonomanie, damnomanie, obsession, possession, sorcellerie, etc.). Les autres

paragraphes, consacrés à la marche, durée, terminaison, pronostic, diagnostic et traitement de ce délire, nous paraissent des hors-d'œuvre, en ce qu'ils donnent trop d'importance à la maladie et ont l'air d'en faire une entité morbide absolument distincte, ce qui ne répond pas à la réalité clinique. Quelques observations intéressantes terminent ce travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉFLEXES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS, par le docteur BETTENCOURT-RODRIGUES. — Thèse de Paris, 1886.

Après avoir passé en revue l'opinion, assez contradictoire d'ailleurs, des divers auteurs sur l'état des réflexes dans la paralysie générale, et adopté l'opinion de Julius Mickle sur la concordance existant dans cette maladie, comme dans l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques, entre les réflexes tendineux et les réflexes pupillaires, l'auteur développe ses propres observations.

Le résultat principal auquel il est arrivé, c'est la constatation, dans les formes cérébrales de la paralysie générale, d'une différence entre les réflexes tendineux et les réflexes cutanés, ceux-ci étant diminués ou abolis dans les périodes de début, tandis que les premiers sont exagérés.

Il y a là, d'après M. Bettencourt, un élément clinique d'une certaine importance au milieu des difficultés de diagnostic de la paralysie générale commençante.

E. RÉGIS.

DE LA GRIPPE ET DE SES MANIFESTATIONS PULMONAIRES, par le docteur MICHEL. — Thèse de Paris, 1886.

Le docteur Michel montre que les complications pulmonaires sont de toutes les plus fréquentes dans la grippe, et il étudie la pneumonie grippale dont les symptômes ont des caractères spéciaux qui permettent de la distinguer de la pneumonie franche aiguë.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PNEUMONIE ÉPIDÉMIQUE, par le docteur GANIVET, ancien médecin de la marine.

Dans une épidémie de pneumonies qui sévit à Lorient sur les équipages de deux navires, l'auteur a pu étudier les caractères et la marche de ces pneumonies. Le plus souvent, on observait des complications, telles qu'épanchements pleuraux et péricardiques, qui avaient une grande tendance à la purulence.

C'étaient des pneumonies primitives, car elles ne pouvaient être rattachées à aucune des maladies régnantes.

On ne peut expliquer l'épidémie, ajoute l'auteur, que par l'action des gaz d'égout. Les autres conditions : froid, surmenage, encombrement, nostalgie, n'ont agi qu'à titre secondaire.

Le docteur Ganivet cite, à l'appui de son explication, plusieurs épidémies analogues, dues à une influence miasmatique.

DE LA CONTRACTURE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE, par le docteur G. RENARD. — Thèse de Paris, 1886.

Chez les hystériques, le traumatisme, quel qu'il soit, grave ou léger, peut déterminer une contracture permanente.

Les sujets frappés de ces contractures ont déjà parfois présenté des manifestations hystériques; mais, le plus souvent, ils en sont vierges, et le traumatisme qui provoque la contracture devient alors l'occasion d'autres accidents de cette névrose.

La contracture est *immédiate*, c'est-à-dire se produit instantanément et d'emblée aussitôt après l'accident, ou *médiate*, et suit de plus ou moins loin le traumatisme.

La durée de la contracture est indéterminée. Le diagnostic de la nature ne peut être affirmé de façon absolue qu'avec le chloroforme.

A. M.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES IMPERFORATIONS ANO-RECTALES, par C. LORMON. — Thèse de Paris, 1886.

L'anus et le rectum ont un point de départ absolument distinct : le premier se développe aux dépens du feuillet externe du blastoderme; le second aux dépens de son feuillet interne. Leurs ampoules terminales devront se rencontrer, se souder avec résorption partielle de leur paroi commune, à moins qu'une cause perturbatrice, venant entraver leur marche, ne donne naissance à l'imperforation.

On n'est pas trop fixé sur l'influence que la consanguinité, l'hérédité, les maladies constitutionnelles, peuvent avoir sur cette malformation en fait très rare, puisque l'auteur, tenant compte des statistiques connues, les a relevées dans la proportion d'une seule pour 9,000 enfants.

Le traitement à opposer est variable : dans les cas simples, lorsqu'au fond de l'infundibulum anal on sent une voussure due à la présence de l'extrémité rectale, l'incision cruciale de la membrane séparatrice avec excision des angles sera parfaitement indiquée. Dans les cas compliqués, il conviendra de recourir à la colotomie. L'exploration du bout inférieur devra être ultérieurement pratiquée, dans le but de rétablir, si possible, le cours normal des matières fécales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU LUPUS ÉLÉPHANTIASIQUE, par A. COCULET. — Thèse de Paris, 1886.

L'éléphantiasis vient parfois compliquer le lupus; consécutif à des poussées de lymphangite, il atteint principalement les membres inférieurs. Persistant souvent avec la lésion lupeuse, il peut disparaître pour se transporter en d'autres points. D'autant plus à éviter, en prévenant la lymphangite, qu'il est peu influencé par les agents thérapeutiques; la compression élastique, l'élévation du membre, associées au traitement du lupus, amélioreront un état qu'il y a peu d'espoir de guérir.

DE LA PERFORATION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN ET D'UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT, par L. POLO. — Thèse de Paris, 1886.

La perforation de la membrane du tympan assez fréquemment observée peut être congénitale, traumatique ou pathologique. Elle n'intéresse pas généralement la partie périphérique, constituée par des faisceaux compacts de fibres circulaires; et, souvent stationnaire, elle arrive parfois à se réparer avec ou sans cicatrices vicieuses. Annoncée par une douleur plus ou moins vive, par un écoulement de sang variable quand elle est le résultat d'un traumatisme, la cessation de la tension douloureuse, la chute de la fièvre, la caractérisent au contraire très souvent quand elle est la conséquence d'un état pathologique. Les symptômes objectifs sont fournis par le siège, la forme, les dimensions de la perforation; les bourdonnements, les altérations de l'ouïe, indiqués par la façon dont les sons sont perçus; la distance à laquelle les modifications de la voix, le tic-tac d'une montre, les vibrations de divers diapasons, se trouvent entendus, rentrent dans la catégorie des symptômes subjectifs.

Le traitement s'adresse à l'état général et à l'état local. Rien à dire du premier; le second, curatif par la formation d'une cicatrice tympanique, ne pourra être le plus souvent que palliatif, et, dans ce cas, les tympans artificiels rendront les plus signalés services. L'auteur nous montre tous les avantages que procurera l'application d'un fragment de la pellicule située sous la coque dans l'œuf de poule et enveloppant la zone albumineuse. Etalée avec précaution sur la perforation par sa face interne ou glutineuse, cette membrane peut, dit M. Sole, lorsqu'elle résiste à la plus forte pression produite par l'insufflation au moyen du cathéter, donner à croire à une guérison durable par assimilation au tissu perforé. Il ne s'agirait de rien moins que d'une réparation par greffe. Tout en reconnaissant le grand intérêt que présente le travail de l'auteur précité, nous croyons sage de dire avec lui combien il est nécessaire que des expériences nombreuses et soumises à l'épreuve du temps permettent de juger d'une manière définitive.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INDICATIONS DE LA THYROÏDECTOMIE ET DES INJECTIONS INTERSTITIELLES IODÉES DANS LE GOITRE PARENCHYMATEUX, par M. THIERRY. — Thèse de Paris, 1886.

La thyroïdectomie, relevée un instant en France du discrédit dont Velpeau avait frappé les tentatives de Roux, Desault, Dupuytren, est en nouvelle défaveur. Le couteau doit désormais respecter le corps thyroïde si l'on ne veut voir apparaître la cachexie strumipride de Kocher, le myxœdème opératoire de Réverdin. Et le tableau que se dernier chirurgien vient de faire au deuxième Congrès de chirurgie française des accidents constatés n'a pas pour résultat de provoquer à enfreindre ces prescriptions. Bien que des conséquences fâcheuses, dues à l'enlèvement de la glande, ne se produisent pas d'une façon absolument fatale, l'opération n'est pas moins irrévocablement condamnée, sauf le cas d'urgence extrême, d'asphyxie. En toute autre circonstance, l'injection interstitielle iodée continuera à fournir d'excellents effets. Simple et d'une innocuité à peu près absolue, elle est la méthode française et classique du goître parenchymateux, rebelle à la médication interne, devenu une gêne pour le malade et une menace pour son existence.

ETUDE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU BRAS AVEC CHEVAUCHEMENT DES FRAGMENTS, par F. CHARON. — Thèse Paris 1886.

Les fractures simples de l'humérus sans raccourcissement sont d'un faible intérêt thérapeutique, il n'en est plus de même lorsqu'elles s'accompagnent du déplacement des fragments. Souvent difficiles à maintenir réduites, surtout lorsqu'elles siègent au tiers supérieur, on se trouvera bien d'avoir recours à un gros poids et à un point fixe pour obtenir au préalable l'extension et la contreextension portant sur la partie inférieure du bras d'une part, sur le creux axillaire de l'autre. On appliquera ensuite une bande plâtrée longue d'un mètre, ayant pour largeur la circonférence du membre à sa partie moyenne, composée de seize feuillets de tarlatane, préalablement échancrée en fer à cheval à sa partie supérieure et inférieure. Le plein, portant sur la face interne du bras, les chefs supérieurs et inférieurs s'enrouleront en spirale sur l'épaule et sur l'avant-bras.

Tel est indiqué à grands traits l'appareil de M. Hennequin, chaudement recommandé par M. Charon, en raison des heureux résultats journellement obtenus dans divers services hospitaliers.

ETUDE SUR LES DÉPLACEMENTS HERNIAIRES DES KYSTES PARAOVARIENS, par P. E. CHRISTEN. — Thèse Paris 1886.

Le point de départ de cette intéressante étude est une observation prise dans le service de M. Trélat. Consécutivement à une hernie inguinale se développe une tumeur occupant la partie supérieure de la grande lèvre droite, lisse, unie, de consistance fibreuse, sans adhérences à la peau, siège de douleurs spontanées intermittentes et s'accompagnant de déviation de la corne antérieure utérine. On crut avoir affaire à un ovaire, hernié, mais l'examen de la pièce, une fois l'ablation pratiquée, démontra qu'il s'agissait d'une production kystique, née aux dépens des débris fœtaux paraovariques. Signalons le soin particulier que met M. Christen à justifier ce diagnostic en appelant du reste à l'examen de la belle planche qui termine son mémoire. Et il estime que bon nombre de chirurgiens ont dû maintes fois méconnaître la nature de tumeurs analogues, ainsi que paraît le prouver la lecture attentive de quelques observations rapportées.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PÉRIARTHRITE DU GENOU (affection de la bourse séreuse de la patte d'oie), par PARDO DE TAVERA. — Thèse Paris 1886.

La périarthrite du genou n'est autre chose que l'inflammation des tissus avoisinant l'articulation fémoro tibiale. Pouvant atteindre tous les éléments, son histoire sera faite du jour où l'on connaîtra la façon dont chacun d'eux réagit. Aux matériaux déjà réunis, M. de Tavera ajoute ce qui revient à la bourse séreuse de la patte d'oie.

L'inflammation aiguë, sèche ou avec épanchement, guérit facilement si l'on institue un traitement approprié; mais en n'intervenant pas, la suppuration peut survenir et avec elle tout un cortège d'accidents très graves. L'inflammation chronique comprend la synovite chronique simple, avec contenu séreux ou gélatiniforme, la synovite à grains riziformes, si incriminée depuis la découverte du bacille de Koch dans les parois et les néoformations, la synovite fongueuse se développant sous l'influence d'un mauvais état général, caractérisée pas des productions analogues à celles rencontrées dans les tumeurs blanches, qu'elle accompagne très fréquemment.

Signalons les lésions de la deuxième et troisième période de la syphilis, si bien décrites par Verneuil et Fournier, et sans suivre plus longtemps l'auteur dans ses études sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des synovites de la bourse séreuse qui nous intéresse, appelons l'attention sur le soin et la méthode apportés dans l'exposition et la rédaction du sujet. Des observations nombreuses et fort intéressantes, puisées dans la littérature médicale sont les véritables preuves à l'appui des faits avancés.

DE LA COEXISTENCE DE L'ASTHME ESSENTIEL ET DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE, par A. WALTER. — Thèse Paris 1886.

« Si le cardiaque aortique est généralement exempt de la dyspnée vasculaire, dit G. Sée dans son livre sur les maladies simples du poumon, il est au contraire assez souvent exposé à l'asthme nerveux. » Qu'on m'explique comme on le voudra la pathogénie de cette dernière affection; que prépondérante elle produise par ordre réflexe la cardiopathie, comme

M. Grasset semble l'admettre pour les tabes; ou que l'asthme et l'insuffisance soient sous la dépendance d'une diathèse caractérisée par l'artério sclérose, suivant l'opinion de Letulle, Martin, Duplaix, il n'en reste pas moins essentiel d'établir que l'asthme nerveux coexistant ne doit jamais être confondu avec la dispnée cardiaque. Le caractère paroxystique et nocturne, les phénomènes terminaux tels que expectoration spéciale et urines nerveuses, l'absence plus ou moins prolongée de signes stéthoscopiques dûs à la gène de la circulation pulmonaire, sont là pour caractériser la première de ces deux affections.

L'asthme et l'insuffisance non-seulement peuvent coexister chez le même individu sans réagir l'un sur l'autre, mais encore ils demeurent séparément justiciables des indications pronostiques et thérapeutiques qui leur sont propres.

Contre la manifestation nerveuse, on emploiera avec succès la pyridine et l'iodure de potassium. La spartéine viendra, mieux que ne saurait le faire la digitale, relever un cœur affaibli.

De la cure radicale de l'hydrocèle par l'incision et la résection partielle de la tunique vaginale, par G. Nimier. — Thèse de Paris, 1886.

La méthode antiseptique rend tout à la fois le chirurgien plus conservateur et plus audacieux; elle étend le domaine opératoire en permettant d'intervenir pour des affections réputées jusque-là au-dessus des ressources de l'art. On sait la terreur qu'inspirait à nos devanciers la lésion du péritoine et le saint respect qu'ils avaient en général pour les séreuses. Et voilà que l'on attaque franchement ce qui était tant redouté, qu'à la cure radicale de la hernie succède la cure non moins radicale de l'hydrocèle. Wolkmann, reprenant avec un plein succès l'opération indiquée par Celse et si discréditée par les malheurs de Paul d'Egine, donnait en 1879 plus de cent hydrocèles guéris par l'incision et la résection partielle de la tunique vaginale. Après lui, et modifiant tour à tour le manuel opératoire, Juillard (de Genève) et Augagneur (de Lyon), apportent, le premier 54 cas, et le second 15, tous suivis de résultats heureux. Nicaise, Terrier, Segond, interviennent une fois et Reclus cinq, à la plus grande satisfaction du patient.

Mais, est-ce à dire que cette opération doive être substituée aux autres méthodes de traitement, de l'hydrocèle et plus particulièrement à l'injection iodée? Celle-ci compte trop de guérisons à son actif pour qu'on ne puisse en escompter de nouvelles. Aussi convient-il d'y avoir encore recours hors le cas d'hydrocèle congénitale ou compliquée de hernie, ou très volumineuse, à séreuse épaissie ou chroniquement enflammée qui reste justiciable de l'incision et de l'excision de la vaginale.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

Election de M. A. Robin a l'Académie de médecine. — Dans sa séance du 7 juin, l'Académie de médecine a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales. C'est à M. Albert Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qu'elle a accordé la majorité de ses suffrages. Nous sommes heureux d'applaudir au succès de notre collaborateur et ami que ses travaux dans le domaine de la chimie biologique, ses remarquables recherches sur la nutrition, son étude sur l'urologie de la fièvre typhoïde, etc., désignaient si justement au choix éclairé de l'Académie.

— Congrès des Sociétés savantes. — La séance solennelle de clôture du Congrès des Sociétés savantes s'est ouverte dimanche à deux heures, sous la présidence de M. Spuller, ministre de l'instruction publique, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. M. Gréard, vice-recteur de l'Académie, et M. Léopold Delisle, président du Congrès, sont allés recevoir le ministre à son arrivée.

Le ministre a prononcé une allocution très applaudie.

Il a annoncé ensuite que désormais, dans la séance de clôture, chaque section, à tour de rôle, fera un rapport sur les travaux de la période quinquennale précédente. C'est la remise en vigueur d'un ancien usage. Il passe en revue les événements scientifiques de 1886, signale le succès du Congrès astronomique, les vaccinations de M. Pasteur, le centenaire de M. Chevreul. Il salue les morts illustres, Gosselin, Vulpian, Béclard, etc.

Ce premier discours ministériel a été accueilli par toute l'assistance avec une faveur très marquée.

— Hygiène publique. — Dans sa séance du 27 mai dernier, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a, sur la proposition du préfet de police, nommé une Commission chargée d'étudier la question de la revision des instructions approuvées en 1872 sur les secours aux blessés et aux noyés ou asphyxiés.

Sur la proposition de M. Trélat, le Conseil a émis le vœu que les dispositions du décret du 15 octobre 1810 sur les établissements classés soient rendues applicables aux théâtres.

— Le Conseil municipal de Marseille a émis le vœu que le débarquement des troupes revenant du Tonkin ou des autres colonies, où sévissent des maladies épidémiques n'ait pas lieu dans un centre populeux, mais que les malades soient, comme par le passé, évacués sur les lazarets établis dans les îles de Port-Cros et de Bagau.

— Italie. — L'ouverture solennelle du Congrès national des médecins italiens a eu lieu mercredi dernier à Rome. L'assemblée a nommé M. le professeur Guido Bacelli président de la session.

— Angleterre. — Une chaire de bactériologie vient d'être fondée au King's College de Londres. Elle a été confiée à M. Crooskshank.

R. F. B.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Aronssohn, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Paris à l'âge de 55 ans; de M. le docteur Rochas, secrétaire général de l'Association des médecins du Rhône, et de M. le docteur Le Turck.

Institut Pasteur. — Le Journal officiel publie le décret par

lequel l'Institut Pasteur est reconnu comme établissement d'utilité publique.

Les statuts de l'Institut sont approuvés par le même décret.

Bureau central de chirurgie. — Samedi dernier, sur la proposition de M. Lannelongue, le Conseil de surveillance de l'assistance publique a décidé d'ajouter une place au concours du Bureau central de chirurgie de cette année.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Sauvage (de Boulogne-sur-Seine) et Touessart (d'Angers) sont nommés officiers de l'instruction publique.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Manouvrier (de Paris), Roustan (de Cannes) et Collignon, médecin-major.

École de médecine et de pharmacie d'Alger. — Un concours pour une place de préparateur de pharmacie et matière médicale s'ouvrira le 24 octobre 1887, à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger et comprendra les épreuves ci-après :

1° Composition écrite sur un sujet de pharmacie (la durée de cette épreuve sera de 4 heures);

2° Reconnaissance de 30 drogues simples et discussion de dix minutes sur deux d'entre elles au choix du candidat;

3° Préparation ou analyse d'un médicament (4 heures seront accordées pour cette épreuve);

4° Epreuve de micrographie appliquée à la matière médicale (la durée de cette épreuve sera de 2 heures).

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des Écoles d'enseignement supérieur, avant le 20 octobre, et justifier de quatre inscriptions en pharmacie ou en médecine.

Le traitement affecté à cet emploi est de 1,500 francs, plus le quart colonial.

La durée des fonctions est de trois ans.

Le préparateur peut occuper en même temps les fonctions d'interne à l'hôpital civil.

Conférences du docteur Ed. Langlebert. — Dans ses conférences, au nombre de cinq, M. Ed. Langlebert fera connaître les divers modes de traitement qui lui ont le mieux réussi dans sa pratique contre la syphilis et autres maladies spéciales aux organes génito-urinaires.

La première conférence a eu lieu le lundi 6 juin, à cinq heures, 10, rue de l'Odéon. Les quatre autres auront lieu les lundis suivants. Admission gratuite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris

M. Lallemant. Monographie des névroses professionnelles et de leur traitement. — M. Couderc. Des ophthalmies chez les aliénés.

M. Le Roy. De la fracture marginale antérieure de la malléole externe, ou fracture verticale par arrachement de la partie inférieure du péroné. — M. Papail. De l'emploi du corset plâtré dans les lésions de la colonne vertébrale.

M. Veraguth. Le climat de la haute Engadine et son action physiologique pendant et après l'acclimatement. — M. Gouzien. Des plaies pénétrantes de la poitrine par coups de feu.

M. Panas. Contribution à l'étude primitive de la cornée. — M. Dutremblay. Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope.

M. Cohen. Orteil en marteau. Nouveau traitement. — M. Christesco. Contributions sur l'étude thérapeutique du lupus de la face.

M. Bachelier. La scolopendre et sa piqûre. Accidents qu'elle détermine chez l'homme. — M. Gaignard. La Solanine. Etude physiologique et thérapeutique. — M. Morel. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Quelques observations de formes anormales. — M. Perlis. De la phyoémie consécutive à la pneumonie franche. — M. Pignol. Signes sthéthoscopiques. — M. Samson. Quelques paralysies viscérales dans la paralysie générale.

M. de Nesslern. Contribution à l'étude de l'influence de l'alcool sur la pepsine. — M. Camus. Du traitement radical du cancer du gros intestin par la colectomie avec entérorrhaphie après laparotomie.

M. Grenet. De la sarcomatose rectale. — M. Martel (Félix). Ether iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

M. Rouffet. De l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde à l'hôpital maritime de Cherbourg. — M. Nicoletis. Opération de Récamier. Indications et contre-indications.

M. Martel (Charles). De la phlébite dans le rhumatisme blennorrhagique. — M. Gand. De la rétinite brightique sans albuminurie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 29 mai au samedi 4 juin 1887

Fièvre typhoïde 20 — Variole 13 — Rougeole 58 — Scarlatine 6. — Coqueluche 3. — Diphthérie, croup, 30 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 207. — Antres tuberculoses 33. — Tumeurs : Cancéreuses 51. — Autres 15. — Méningite 33. — Congestion et hémorr. cérébr. 52. — Paralysie 7. — Ramollissement cérébral 12. — Maladies organiques du cœur 65. — Bronchite aiguë 22. — Bronchite chronique 33. — Broncho-pneumonie 22. — Pneumonie 43. — Gastro-entérite : Sein 15. — Biberon 30. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 25. — Sénilité 33. — Suicides 23. — Antres morts violentes 5. — Autres causes de mort 177. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine : 1.057 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine, par le docteur G. Apostoli, professeur libre de gynécologie et d'électrothérapie à l'Ecole pratique. Une brochure gr. in-18 de 70 pages, avec figures. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La pratique des maladies des femmes, par Th.-A. Emmet, chirurgien de l'hôpital des femmes de New-York, etc. Ouvrage traduit sur la troisième édition et annoté par Adolphe Olivier, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, avec une préface par M. le professeur U. Trélat. Un volume in-8 de XI-360 pages, avec 220 figures intercalées dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, 1887, librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale. — Cou. — Membre supérieur. — Poitrine. Un volume in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traitement des affections articulaires par l'électricité. Leur pathogénie, par le docteur L. Danion. Un volume grand in-8 de 240 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité pratique des maladies du foie, par J. Cyr, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Un vol. in-8 de VIII-886 p. — Prix : 12 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

L'angine de poitrine hystérique, par J.-R. Le Clerc, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume grand in-8 de 178 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'emploi et de l'efficacité du tanin dans le traitement des inflammations de séreuses et des muqueuses et de quelques autres maladies où prédominent les desquamations épithéliales et en particulier du choléra asiatique, par le docteur Duboné (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine.

Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie, par le docteur O. Jennings, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. grand in-8 de 30 pages, avec 17 tracés sphygmographiques. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

Hermaphrodisme.

Péricholécystite suppurée. — Angiocholite suppurée. — Abcès du foie. — Mort. — Autopsie, par M. Polaillon, professeur agrégé, chirurgien de la Pitié, membre de l'Académie de médecine.

Le 4 janvier dernier, je fus mandé par mon confrère et ami, le docteur Mauduit, auprès d'un malade dont l'état lui paraissait grave et obscur.

Il s'agissait d'un garçon, de 31 ans, nommé N..., qui, depuis trois mois environ, avait vu survenir une tuméfaction dans la région de l'hypochondre droit.

Quoique d'une constitution assez faible, il n'avait jamais eu de maladie grave.

Des frissons, de la fièvre, de l'inappétence absolue, avaient caractérisé le début et l'évolution de la tuméfaction abdominale. Le docteur Mauduit fut appelé tardivement, lorsque les douleurs et la faiblesse nécessitèrent le séjour au lit.

A mon examen, je trouvai une augmentation considérable du volume du foie, qui débordait les fausses côtes de trois ou quatre travers de doigt et qui remontait très haut du côté de la cavité thoracique. Le bord inférieur du foie était marqué par un empâtement profond et par une tuméfaction fluctuante dont le volume égalait à peu près celle du poing. La fluctuation était si superficielle qu'il était facile de reconnaître un abcès sous-cutané.

Mais quelle était la cause de cet abcès ? L'exploration de la colonne vertébrale et des côtes, qui étaient saines, me permit de rejeter l'idée d'un abcès par congestion. Il ne s'agissait pas non plus d'un simple abcès froid, car l'état du foie et l'empâtement profond suffisaient pour faire rejeter cette idée. Je m'arrêtai à l'opinion d'un kyste hydatique du foie, kyste enflammé et suppuré, avec tendance à l'ouverture spontanée. Comme traitement, il fallait inciser cet abcès et nettoyer son foyer par des lavages antiseptiques.

Nous ne pouvions faire cette petite opération dans le domicile du malade, dont la position était plus que modeste. Nous le décidâmes à grand'peine à entrer à l'hôpital.

Le 6 janvier, N... fut couché au no 26 de la salle Broca à l'hôpital de la Pitié.

Depuis deux jours, les tissus qui recouvraient l'abcès s'étaient encore amincis, et la peau avait pris une teinte rosée. L'incision, pratiquée séance tenante, en présence du docteur Mauduit, donna issue à un flot de pus jaune et bien lié, mais ne contenant aucun corps étranger, ni hydatides, ni membranes d'hydatides, ni calculs. Le doigt, introduit par l'incision, reconnut que l'abcès était formé par une poche superficielle, située entre la peau et la couche musculaire, et par une cavité profonde, située dans l'intérieur même de l'abdomen. Ces deux cavités communiquaient l'une avec l'autre, comme un abcès en bouton de chemise, par un orifice qui traversait la paroi musculo-membraneuse. La partie profonde, dont les limites ne pouvaient être atteintes avec le doigt, était certainement en rapport avec le foie.

La cavité de la plaie fut lavée avec une solution phéniquée à 5 pour 100 ; un gros drain fut placé dans l'orifice de la paroi abdominale ; un pansement avec gaze phéniquée fut appliqué.

L'absence de membranes hydatiques et l'absence de crochets dans le pus examiné au microscope nous obligèrent à abandonner notre diagnostic de kyste hydatique suppuré. Le malade n'avait jamais eu d'ictère. Il n'avait jamais ressenti de coliques hépatiques. D'ailleurs, nous l'observions à une période trop avancée pour reconnaître quelle était la nature véritable de sa maladie, à savoir une *péricholécystite suppurée.*

Dès le second pansement, il fallut renoncer aux lavages de l'abcès avec de l'eau phéniquée, car les urines avaient pris une teinte noire. On les remplaça par des lavages avec une solution boriquée. Les pansements furent renouvelés tous les deux jours.

L'abcès revint rapidement sur lui-même et la suppuration diminua. Mais l'état général ne s'améliora pas. L'inappétence était invincible. La perte des forces et l'amaigrissement augmentèrent de jour en jour. La peau prit une teinte de cire légèrement jaunâtre. La langue devint saburrale. Diarrhée peu abondante, mais fréquente. Les urines étaient sensiblement normales. La température s'abaissa au-dessous de la moyenne, et oscillait autour de 36°,5.

Le 1er février, l'état du malade devient très grave : abattement ; subdélirium continuel qui augmente le soir ; langue sèche, lèvres fuligineuses ; abaissement de la température jusqu'à 36°.

Le 5 février, une complication soudaine se produit : ce sont de vives douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs s'irradiant à la cuisse du même côté. En même temps, la peau

prend une teinte ictérique assez prononcée, et les urines contiennent en abondance les matières colorantes de la bile. C'était manifestement un accès de coliques hépatiques, déterminé par la migration d'un des calculs biliaires, que l'on trouva dans la vésicule pendant l'autopsie.

Le 7 février, nouveau phénomène : en pansant le malade, je constate que le pus est fortement coloré en vert par de la bile. L'autopsie montra quelle était la cause de cette nouvelle complication.

Enfin, le 9 février, à dix heures du matin, le malade succomba, après avoir présenté pendant l'agonie une température de 39°,4.

Avant de donner la relation de l'autopsie, il est indispensable d'appeler l'attention sur plusieurs particularités que j'avais constaté pendant la vie chez notre malade.

Dès mon premier examen, j'avais été frappé des caractères de féminité qu'il présentait. Sa peau était blanche, fine, dépourvue de poils. Ses formes étaient arrondies comme celles d'une femme. Ses bras et les mains étaient grêles, allongés, pourvus d'attaches très fines. Sa figure présentait des traits réguliers, délicats, avec absence complète de barbe, bien qu'il fut arrivé à l'âge de 31 ans. Ses épaules étaient tombantes. La partie antérieure de sa poitrine portait deux mamelons bien formés, surmontant deux légères saillies mammaires, saillies plus marquées qu'elles ne le sont habituellement chez un homme. Le bassin paraissait très large. Mais N... ne me permit pas, tout d'abord, d'examiner ses organes génitaux.

N... était peu robuste et n'avait jamais exercé d'état pénible. Il avait débuté par être tailleur ; puis il s'était mis dans une entreprise de marchands de biens, où il n'avait pas fait fortune.

Il paraissait avoir des goûts sédentaires et un caractère faible. Il était d'une grande pusillanimité. L'ouverture de son abcès lui avait donné une appréhension excessive, et, chaque fois qu'il fallait le panser, c'était des cris et des plaintes exagérés.

Sa voix avait un timbre singulier, assez aigu, ressemblant à celui d'une voix féminine.

Il était d'une taille au-dessus de la moyenne.

Je n'ai eu aucun renseignement sur ses fonctions génitales. Un jour que je lui demandais pourquoi il ne s'était pas marié, il me répondit avec mauvaise humeur : *Comment voulez-vous que je me sois marié dans l'état où je suis.*

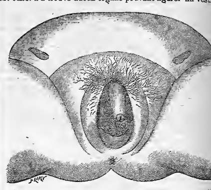
En effet, il n'avait qu'un pénis rudimentaire. Il s'était assez familiarisé pour nous le laisser entrevoir. Mais nous ne connûmes bien l'état de ses organes génitaux qu'après sa mort.

L'autopsie, qui a été faite avec beaucoup de soins par M. Janet, interne de mon service, présentait deux points à examiner : les organes génitaux et l'abcès de la région hépatique.

1° Le bassin est large, excavé, comme un bassin de femme. La région pubienne est saillante, arrondie, proéminante comme un mont de Vénus. De la partie inférieure de cette région partent deux replis cutanés, épais, représentant très exactement les grandes lèvres d'une vulve. En se rejoignant, ces deux replis forment, en haut, une sorte de capuchon ; en bas, une véritable fourchette. Au-dessous du capuchon se montre un appendice, qui est un pénis en miniature. Cet organe mesure à peine 4 centimètres de longueur. Il est très grêle, mais parfaitement normal, et terminé par un gland qui porte à son extrémité un méat urinaire. Ce gland est recouvert par un long prépuce qui forme un phimosis.

Au-dessous du pénis, entre les deux replis que nous avons comparés à des grandes lèvres, se trouve un petit scrotum ridé, ne contenant point de testicule. Les grandes lèvres ne renferment, non plus, aucun organe pouvant être pris pour des testicules. Enfin, au-dessous du scrotum, il n'y a pas de dépression simulant un orifice vulvaire et un vagin.

En disséquant le scrotum rudimentaire et les grandes lèvres, M. Janet n'a trouvé aucun organe pouvant figurer un vestige



Cas d'hermaphrodisme neutre (dessin d'après nature de M. Janet)

de testicules. Il a aussi cherché ces organes dans tous les points où ils sont habituellement en ectopie, sans en rencontrer la moindre trace. Les vésicules séminales n'existent pas sur le bas-fond de la vessie, et se sont montrées introuvables partout ailleurs. Il n'y a point de canal déférent et point de cordon spermatique.

La vessie était séparée du rectum par un cul-de-sac péritonéal très profond, limité par deux replis saillants, très analogues aux replis de Douglas. Le col de la vessie s'abouchait dans un canal urétbral, qui parcourait toute la longueur de la petite verge et venait se terminer au sommet du gland par un méat bien formé. Cette disposition suffit à caractériser l'appendice pénien comme un véritable pénis, et à le distinguer des clitoris hypertrophiés que l'on rencontre dans certains cas d'hermaphrodisme.

On n'a trouvé dans le ventre aucun organe pouvant rappeler les organes génitaux internes de la femme, utérus ou ovaires. On n'a pas constaté, au-devant de la colonne vertébrale, les débris du corps de Wolf. Mais ces dernières recherches n'ont pu être faites qu'à la hâte, la famille du défunt n'ayant laissé que très peu de temps pour faire l'autopsie.

2° Du côté de l'abcès, on constate un diverticulum qui se dirige en haut sous les côtes inférieures droites, et une communication, par un trajet flexueux, à travers la paroi abdominale, avec un vaste foyer qui entoure la vésicule biliaire. Ce foyer est formé par la face inférieure du foie, la paroi abdominale et les anses intestinales qui ont contracté des adhérences entre elles et les parties voisines.

La vésicule biliaire, dont les parois sont très épaissies, est bondée de petits calculs bruns, taillés à facettes. A sa partie supérieure, on trouve une perforation à travers laquelle un

calcul tend à s'échapper. Cette perforation, qui est probablement récente, explique la présence de la bile dans la suppuration qui s'écoulait pendant les derniers jours de la maladie.

L'inflammation de la vésicule biliaire remonte le long des canaux biliaires et constitue une angiocholite suppurée. En coupant le parenchyme hépatique, on voit sourdre en plusieurs points des gouttelettes de pus; et, si l'on comprime le foie, le pus s'écoule en plus grande quantité.

Au centre du foie se trouve un abcès gros comme le poing, à parois anfractueuses et mal limitées, car le tissu hépatique, qui l'entoure, est ramolli, macéré et infiltré par la sécrétion purulente. En outre, le tissu du foie est atteint de dégénérescence graisseuse.

Le poids total de cet organe est de 1,940 grammes.

Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

D'après cette autopsie, il est facile de comprendre que notre malade a eu une inflammation des voies biliaires, produisant une péricholécystite avec vaste abcès, dont il aurait pu guérir; mais produisant aussi une angiocholite avec suppuration du foie, affection au-dessus de tous nos moyens thérapeutiques, à laquelle il devait nécessairement succomber.

Quant à sa conformation générale, il nous offre un singulier exemple d'hermaphrodisme. En effet, il ne possédait aucune trace de testicule ni d'ovaire. C'était donc essentiellement un hermaphrodite *neutre*. Par son pénis rudimentaire, mais normalement conformé et parcouru par un urèthre, par son scrotum à l'état d'ébanche, il appartenait au sexe masculin. Mais il tenait au sexe féminin par la présence de grandes lèvres, par la conformation de son squelette et par tout son habitus extérieur.

SUR LA RAGE

M. Pasteur vient d'adresser au Président de la Société Impériale et Royale de Vienne la lettre ci-jointe :

Monsieur le Président,

Je vous serais fort obligé de me permettre de déposer sur le bureau de votre savante Compagnie la réfutation ci-jointe de la brochure récente de M. le docteur von Frisch sur la rage.

Veuillez, etc.

Le docteur von Frisch, envoyé par la Polyclinique de Vienne, vint à Paris en 1886, suivre dans mon laboratoire la méthode de la prophylaxie de la rage. Au moment de son départ pour l'Autriche, je lui fis remettre des lapins inoculés qui devaient lui fournir la matière première de ses recherches. Celles-ci eurent pour objet le contrôle des faits servant de base à la méthode de prophylaxie de la rage.

Leurs premiers résultats (septembre 1886) furent très défavorables à cette méthode. Une seconde publication fut faite par M. von Frisch, le 30 décembre, sous forme de seize propositions qui condamnaient également, sans réserve, les principes de la méthode. A la même époque, les professeurs de Renzi et Amoroso (de Naples), et M. Abreu (de Lisbonne), firent paraître, de leur côté, des expériences non moins contraires à cette méthode que celles du professeur von Frisch.

Je ne parlerai pas ici des expériences de MM. de Renzi, Amoroso et Abreu. La critique en a été faite dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, n° du 25 mars dernier, par le docteur Gamaleïa, sous-directeur du Laboratoire antirabique d'Odessa, qui en a montré toute l'incorrection.

Les publications de M. von Frisch semblèrent tout d'abord mériter un examen beaucoup plus attentif. La forme brève et absolue qu'il donna à ses conclusions, sans y joindre des détails d'expériences, sans qu'on put apprécier les motifs des assertions de l'auteur, tout pouvait paraître décisif à un lecteur mal préparé. C'est seulement dans les premiers jours du mois de mai que le professeur von Frisch livra au public l'ensemble de son travail dans une brochure de 150 pages environ.

A peine avait-elle paru, que le célèbre chirurgien Billroth en fit l'éloge dans un article inséré au n° du 12 mai de la *Nouvelle Presse libre* de Vienne. C'était, disait-il « un important travail qui ajoutait un nouveau prestige à l'Ecole de Vienne ».

Dans ce même article, M. Billroth, après avoir fait un très gracieux éloge de mes travaux d'autrefois, déclare que sur le terrain médical vétérinaire par la vaccination charbonneuse, et sur le terrain médical proprement dit, par la vaccination rabique, je me suis complètement trompé. Il emploie même l'expression vulgaire de *fiasco*. Au sujet de la vaccination charbonneuse, M. Billroth n'a fait que répéter ce qui avait été dit jadis par l'Ecole de Berlin dont il invoque le témoignage sans paraître se douter que ces critiques déjà lointaines ont été réfutées par les faits, et que l'Ecole de Berlin a changé d'opinion.

Il suffit de se reporter aux tableaux de ces cinq dernières années :

Années.	Moutons vaccinés.	Mortalité.
—	—	—
1882	243.199	1.08 %
1883	193.119	0.77 —
1884	231.693	0.97 —
1885	280.107	0.90 —
1886	202.064	0.75 —

Chez les moutons non vaccinés, la mortalité par le charbon est de 10 0/0.

Années.	Bœufs ou vaches vaccinés.	Mortalité.
—	—	—
1882	22.918	0.35 %
1883	20.901	0.35 —
1884	22.616	0.37 —
1885	21.073	0.50 —
1886	22.113	0.28 —

Chez les bœufs ou vaches non vaccinés, la mortalité par le charbon est de 5 0/0.

Sur le point spécial de la rage, M. Billroth, qui n'apporte aucune expérience personnelle, se contente de donner une adhésion complète aux faits et aux conclusions du docteur von Frisch. C'est donc de l'œuvre de ce professeur que je vais parler.

Le mémoire du docteur von Frisch est dominé à la fois par une préoccupation de priorité et par certaines vues théoriques.

Pendant le séjour de M. von Frisch dans mon laboratoire et au cours de nos entretiens, je lui avais parlé d'expériences encore inédites. Il s'agissait de la possibilité de vacciner les

chiens même après l'inoculation intra-crânienne du virus de la rage des rues.

J'attribuais à ces expériences une importance capitale par la confiance qu'elles doivent inspirer relativement à l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage. Nulle morsure, en effet, ne peut être comparée, dans la gravité de ses conséquences, à une introduction du virus rabique à la surface du cerveau, puisque la rage en est la suite dans tous les cas. Vacciner dans ces conditions était une preuve irréfutable de la valeur de la méthode de prophylaxie de la rage.

En lisant, au début de la brochure de M. von Frisch, que l'idée de ce genre d'expérience lui appartenait, ma surprise fût grande. Il me suffira, pour remettre les choses à leur place, de dire que précisément au moment où M. von Frisch a fréquenté mon laboratoire, d'autres savants avaient reçu de moi la même confidence que j'avais faite à M. von Frisch de mes expériences de vaccination après inoculation à la surface du cerveau. Je citerai notamment MM. les professeurs Burdon-Sanderson et Victor Horsley, membres tous deux de la Commission anglaise pour la rage. Je citerai également le docteur Gamaleïa qui, dans son rapport à la Société médicale d'Odessa le 7-19 juin 1886, s'exprime ainsi à la page 6, longtemps avant toute publication de M. von Frisch : « M. Pasteur a prouvé qu'il est possible, dans quelques cas, de prévenir la rage, même après l'inoculation par trépanation ».

Je n'aurais peut-être pas insisté sur ce point de priorité si M. von Frisch ne lui avait donné une importance extraordinaire, en affirmant que le genre d'expériences dont je parle, c'est-à-dire l'inoculation de la rage des rues, à la surface du cerveau, suivie de la vaccination, est seule capable de permettre un jugement sur l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage.

Ce raisonnement est inadmissible. Il est tellement inexact, que l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage soit sous la dépendance des succès de la vaccination après trépanation, que cette méthode ne serait nullement intéressée dans les cas même où toute vaccination après inoculation par l'opération du trépan serait impossible.

La vaccination, dans de telles conditions, n'est-elle pas une chose toute particulière ? N'est-elle pas, ainsi que je l'ai appelée ailleurs, un tour de force expérimental ? C'est uniquement à titre de preuve *a fortiori* que j'ai tenté la vaccination après inoculation à la surface du cerveau. Ce qui est vrai, c'est que, à Odessa, le docteur Bardach, qui a relaté 10 réussites sur 15 essais, a confirmé l'exactitude de mes résultats.

D'autres circonstances infirment entièrement la portée de la plupart des expériences du docteur von Frisch. Je ferai observer, en premier lieu, que ses expériences ont porté, pour le plus grand nombre, sur des lapins et non sur des chiens ; or, il n'est aucune de mes expériences relatives à la méthode de vaccination qui n'ait été faite sur des chiens, jamais sur des lapins. Fort souvent, nous avons eu l'occasion de constater que les lapins, comme les chiens, peuvent être rendus réfractaires à la rage. Je me souviens de l'un d'entre eux qui a subi à trois reprises et à longs intervalles l'inoculation à la surface du cerveau, mais je répète que je n'ai jamais tenté avec suite la vaccination de cette espèce animale, ni personne autour de moi, et pas une fois nous n'avons essayé de vacciner un lapin après inoculation par trépanation. Est-ce possible, est-ce impossible ? Je l'ignore et cela ne me touche nullement. Je ne doute pas cependant qu'il soit facile de modifier la méthode qui sert pour les chiens et pour l'homme, et de la rendre applicable à l'espèce lapin ; encore faudrait-il craindre qu'elle ne fût pas d'un succès sûr en se servant des vaccins empruntés à des moelles de lapins rabiques dont le virus a pris une très grande accoutumance à se cultiver dans cette espèce.

Non seulement M. Von Frisch a eu le tort, puisqu'il voulait contrôler mes expériences, d'opérer principalement sur des lapins, mais il a en outre commis une autre faute grave. Fréquemment, et, jusqu'au jour où il fut averti de sa méprise, il a suivi après l'inoculation par trépanation la méthode lente de vaccination qui sert pour l'homme, sans réfléchir que la rage se déclarant assez promptement après la trépanation, il est nécessaire de ne pas mettre dix jours à vacciner, parce que le terme de l'opération devient trop voisin du moment de l'explosion de la rage.

Je sais que M. Von Frisch a reproduit quelques expériences sur les chiens en se plaçant dans de meilleures conditions; il nous apprend qu'il n'a pas réussi davantage dans sa tentative de vaccination.

J'ajoute enfin que le docteur Von Frisch a échoué encore, soit sur des lapins, soit sur des chiens, non plus en essayant de vacciner après trépanation, mais en pratiquant la vaccination sans infection préalable quelconque. Rien de plus grave assurément pour la méthode de prophylaxie de la rage si les assertions de M. Von Frisch étaient justifiées. Aussi, l'éminent docteur Billroth souligne ces dernières expériences d'une façon toute particulière.

Je suis contraint d'entrer ici plus à fond dans le détail des expériences de M. Von Frisch, parce que nous allons y rencontrer des faits d'une gravité exceptionnelle qui, à eux seuls, suffisent à jeter la plus grande défaveur sur tout le travail de ce savant.

On lit page 99 de la brochure de M. Von Frisch : « Trois chiens et dix lapins sont vaccinés par la méthode intensive en dix jours et trois traitements. Ils sont tous morts, excepté un lapin ; les durées d'incubation ont été de 3 à 23 jours. En partant de ceux de ces animaux qui ont eu notamment une durée d'incubation de 5, 6, 6, 12, 13, 14, 17 jours, on fait sur des lapins des inoculations de contrôle par trépanation. Ces lapins meurent avec des durées d'incubation de 7 à 19 jours. »

A la page 94, le docteur Von Frisch a vacciné également sans infection préalable quatorze lapins et quatre chiens. Trois chiens et un lapin résistent. Les autres meurent, un de septicémie, le reste de rage après des périodes d'incubation variant de 5 à 16 jours. Il fait ensuite des inoculations de contrôle, toujours à des lapins, par trépanation, en se servant des bulbes des animaux morts. Cette fois, deux lapins restent vivants, deux meurent de septicémie et douze après des durées d'incubation de 1 à 38 jours.

En d'autres termes, et pour ses deux séries d'expérience XII et XIV de vaccination sans infection préalable, le docteur von Frisch n'a retrouvé dans 26 lapins de contrôle, que d'une manière exceptionnelle, le virus des inoculations préventives.

Ces faits ruinent non seulement les expériences dont il s'agit, mais encore ils ébranlent toute confiance dans le travail entier du docteur von Frisch. On doit en conclure que le docteur von Frisch, ou bien opère mal, ou bien a laissé s'altérer entre ses

mains le virus que je lui avais remis quand il a quitté Paris.

Non seulement M. von Frisch a rencontré souvent, soit dans des expériences de vaccination, soit dans des inoculations de contrôle des durées d'incubation tout à fait insolites ; mais il signale à diverses reprises, et nous en avons en un exemple tout à l'heure, des morts par septicémie. Ce dernier fait est incompatible avec des manipulations sévères.

J'ai donné une preuve de la faiblesse de l'argumentation du docteur von Frisch, en signalant sa prétention de placer le critérium de l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage dans le succès des vaccinations après trépanation. Ce défaut de logique de l'expérimentateur viennois éclate à un bien plus haut degré dans les circonstances suivantes : Je me trouvais en Italie lorsque parurent les expériences faites à Naples par les docteurs de Renzi et Amoroso. J'écrivis au directeur du Journal *Le Pungolo* de Naples, une lettre datée de Bordighera le 9 février 1887, dans laquelle se trouve le passage suivant : « Le docteur Frisch a fait des expériences sur des chiens et a inoculé par trépanation le virus de la rage des rues. Il n'a pas réussi, je le regrette, mais j'oppose à ses essais des résultats positifs contre lesquels tombent tous les faits négatifs qu'il a pu obtenir ».

M. le docteur von Frisch reproduit dans sa brochure, à la page 107 de cet alinéa de ma lettre au « Pungolo » et il ajoute : « J'accorde que des résultats négatifs ne prouvent rien contre des résultats positifs ; mais de quel droit Pasteur traite-t-il mes résultats de négatifs ? Ne sont-ce pas plutôt les siens qui sont négatifs et les miens positifs ? »

Cette opinion de M. von Frisch ne soutient pas la discussion ; qu'on en juge :

1° L'inoculation à la surface du cerveau entraîne toujours la mort des chiens par rage. Sur ce point, tout le monde est d'accord.

A cette première assertion, j'ai joint celle-ci :

2° La vaccination est possible, même après inoculation à la surface du cerveau.

N'est-il pas de toute évidence que si l'on réussit dans un tel mode de vaccination, on a le résultat positif ? Il est souverainement illogique de dire le contraire. Telle est cependant la prétention de M. von Frisch.

Je n'en finirais pas de relever tout ce qui est défectueux dans la brochure de cet observateur. Que d'affirmations sans preuves sérieuses dans tout ce qu'il dit des statistiques de la rage, des grandes morsures comparées aux petites, etc., etc.

La Société se souviendra peut-être que l'atténuation des virus et la méthode des vaccinations charbonneuses a donné lieu, il y a quelques années, à des contradictions qui rappellent ce qui se passe actuellement pour la rage.

Le temps a marché et la valeur des méthodes de vaccination est aujourd'hui confirmée scientifiquement et pratiquement.

C'est encore au temps, qui ne plaide ni le pour ni le contre, mais qui est le juge infaillible en dernier ressort, à dire le dernier mot. Ce dernier mot, je l'attends avec confiance.

J'ajouterai en terminant qu'il existe aujourd'hui dans le monde quatorze instituts anti-rabiques fonctionnant quotidiennement.

Paris, le 29 mai 1887.

L. PASTEUR.

La lecture de cette lettre à la Société des médecins de Vienne (séance du 10 juin), a provoqué une communication de M. Ullmann et une réplique de M. von Frisch.

— M. ULLMANN a annoncé qu'il avait entrepris une série d'expériences relatives à la vaccination antirabique. Ces expériences ne sont pas encore terminées ; mais, des recherches qu'il a déjà faites, l'auteur croit pouvoir dégager les conclusions suivantes :

1° Les injections préventives, dit-il, ne causent jamais la mort chez les animaux ;

2° Mes expériences prouvent que les inoculations préventives appliquées suivant la méthode de M. Pasteur peuvent rendre les animaux réfractaires à la rage ;

3° Les inoculations préventives que j'ai pratiquées chez l'homme tendent, par les résultats qu'elles m'ont fournis, à confirmer l'efficacité du traitement institué par M. Pasteur.

— Dans sa réponse, M. von Frisch déclare, contrairement aux affirmations de M. Pasteur :

Qu'en ce qui concerne la vaccination charbonneuse, l'Ecole de Berlin n'est nullement convertie, puisqu'elle n'a rien publié depuis le mémoire de Koch, Gaffky et Loeffler, qui jugeaient sans valeur pratique la vaccination préservatrice du charbon ;

Que pour ce qui a trait à la question de priorité touchant l'inoculation sous la dure-mère, M. Pasteur ne lui en a point parlé lors de son séjour à Paris ;

Que l'on ne saurait lui reprocher d'avoir pratiqué, suivant la méthode lente, la majeure partie de ses inoculations, puisqu'elle seule existait alors ; qu'il s'est empressé de mettre en œuvre la méthode intensive dès qu'il en a eu connaissance et que l'emploi de cette dernière n'a point modifié les résultats.

Relativement au reproche d'avoir contrôlé chez le lapin les recherches poursuivies par M. Pasteur chez le chien : qu'il s'est adressé simultanément dans toutes ses expériences à des chiens et à des lapins, et que ces deux espèces se comportent de même devant l'expérimentation.

Qu'enfin ses critiques, relatives à la statistique de M. Pasteur et à ce fait que les inoculations vaccinales peuvent provoquer la rage, n'ont pas été réfutées.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS D'HÉPATITE GRAISSEUSE PRIMITIVE, par M. D. POLGUÈRE, interne des hôpitaux.

La nommée B... (Catherine), âgée de 40 ans, domestique, est entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, lit n° 4, le 1er février 1887 (service de M. Rigal).

Cette malade entre à l'hôpital pour des maux d'estomac et une grande faiblesse. C'est une femme petite, pâle, un peu jaunâtre, à l'air fatigué, d'une bonne santé habituelle. Elle aurait eu la rougeole et la scarlatine dans son enfance ; la fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. Aucun antécédent de syphilis, mais des signes d'alcoolisme non douteux : un verre d'eau-de-vie tous les matins, et, dans la journée, plusieurs tasses de café, accompagnées d'un petit verre d'alcool. Il lui arrivait assez souvent d'avoir des pituites à son réveil ; presque toutes les nuits, elle se plaignait de cauchemars affreux. On note encore un tremblement assez marqué de la main. Point de crampes, ni de fourmillements dans les membres.

Il y a environ six mois, à la suite de grands chagrins, elle vit son appétit se perdre complètement ; le matin elle vomissait, mais elle se mit à vomir aussi dans la journée, une heure environ après

les repas, chose qui ne lui était point encore arrivée. Habituellement constipée, elle eut de temps en temps de véritables diarrhées de débâcle. Ses règles se suspendirent; elle se mit à maigrir, mais lentement.

L'anorexie et l'affaiblissement toujours croissants, elle entre à l'hôpital le 1er février. On est frappé immédiatement de son aspect cachectique; la face est d'une pâleur de cire jaune, les muqueuses sont décolorées; mais il n'y a point d'ictère. La langue est salivense, la bouche sèche. Les membres et le tronc ne sont pas très amaigris, le ventre est développé. Il n'y a point d'œdème aux membres inférieurs.

Par la palpation, on découvre immédiatement que le foie est très volumineux. Son bord descend au niveau de la ligne mamelonnaire, à cinq travers de doigt au-dessous des fausses côtes; il remonte obliquement de là pour rejoindre le rebord costal gauche à deux doigts de l'appendice xyphoïde. Le bord est lisse et presque tranchant; la surface est unie. Il n'y a pas de dilatation de l'estomac. La rate est un peu grosse et donne une matité verticale de 13 cent. Le pourtour intestinal est gros, sans doute par atonie de la couche musculaire. Il n'y a pas d'ascite ni de circulation collatérale.

Le cœur paraît sain. L'auscultation des poumons ne donne rien, et particulièrement rien dans la zone sus-hépatique.

La malade a la bouche sèche et boit beaucoup; elle urine plus de deux litres d'une urine claire et jaune-pâle. Cette urine ne contient ni albumine ni sucre La quantité totale d'urée éliminée dans les vingt-quatre heures est de 17 grammes.

Rejetant toute idée de néoplasme gastrique, M. Rigal porte le diagnostic de cirrhose d'origine alcoolique, de cirrhose mixte, avec dyspepsie symptomatique.

Pendant le mois de février, la malade retire un léger bénéfice du régime lacté mitigé; mais on essaye vainement, en lui donnant des amers comme le colombo, le vin de gentiane et de chobrach, en lui donnant des gouttes de Baumé, des eaux alcalines, de l'eau de Spa, à lui rendre son appétit. La diarrhée qu'elle avait au moment de son entrée a cédé rapidement au sous-nitrate de bismuth. Elle urine toujours en abondance, et M. Rigal insiste sur les bons effets de cette diurèse, qui compense dans une certaine mesure l'insuffisance hépatique. Le volume et les caractères de la tumeur hépatique n'ont point changé.

Le 5 mars, la malade se plaint d'un enrouement et de douleurs de gorge. L'examen de la gorge ne donne rien. On prescrit des pulvérisations à la solution phéniquée à 1/200.

Le 8 mars, la laryngite a fait de grands progrès: la voix est rauque, la malade se plaint de douleurs vives et d'une sécheresse insupportable. Elle ne peut pas cracher. Elle est reprise d'une diarrhée assez forte et de coliques; l'anorexie est invincible. La malade souffre encore de sensations de brûlure à la plante des pieds. Pas de fièvre.

Le 12 mars, la malade a toujours la voix rauque; un vésicatoire appliqué au-devant du cou n'a pas apporté d'amélioration. Pas de température.

Le 22 mars, aphonie presque complète; mais elle s'accompagne de toux et de légers crachements de sang. A l'auscultation, on trouve une plaque de respiration rude au sommet gauche et quelques râles sous-crépitants fins après la toux. La cachexie fait des progrès rapides. M. Rigal discute la question d'une tuberculose laryngée et pulmonaire et rejette ce diagnostic. Il penche pour une laryngite catarrhale des cachectiques. Il a observé de ces faits, de même qu'il a vu maintes fois chez les mêmes malades des poussées congestives se produire dans le poumon. Les urines ont notablement diminué de quantité, et, fait très important, elle n'a éliminé le 22 que 7 grammes d'urée. Pas de fièvre.

Le foie paraît avoir un peu augmenté de volume; il offre toujours les mêmes caractères.

8 avril. — Aucune médication, pas même la cocaïne, n'a réussi à calmer les douleurs de gorge. L'auscultation montre toujours une plaque congestive au sommet gauche; il y a aussi de la matité et de la résistance au doigt. Urines rares, diarrhée abondante. Huit à dix selles par jour.

12 avril. — Depuis deux jours, la malade est tombée brusquement dans la torpeur et le coma. Elle a un délire léger. Pas de fièvre. Son pouls est affaibli et un peu accéléré. Elle meurt le 12 avril au soir.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on ne note pas de liquide dans les plèvres. Rien dans le péricarde; le cœur est flasque, un peu élargi. Les valvules sont brunes; quelques plaques athéromateuses sur l'aorte.

Le poumon droit n'offre rien d'important à signaler. Au sommet du poumon gauche, on trouve, à la partie supérieure, un gros noyau broncho-pneumonique résistant au doigt. A la coupe, on voit qu'il est constitué par la confluence d'une dizaine de lobules, d'aspect rouge-foncé, carmin, assez sec, sans nodule péribronchique, sans trace de tubercules. A ce niveau, la plèvre n'est pas épaissie et n'est pas recouverte de fausses membranes fibrineuses.

Il n'y a point de liquide dans l'abdomen; les intestins sont lisses, pâles et comme lavés. L'estomac est de dimension moyenne. Il n'y a point d'ulcérations.

La rate est grosse, consistante, parcourue par quelques travées fibreuses. Les reins sont normaux de volume, se décortiquent bien. La substance corticale est un peu blanche et opaque.

Les ovaires et leurs annexes n'offrent rien de spécial. L'utérus porte vers son fond un petit corps fibreux.

Le foie est très gros: il pèse 2,200 gr. Sa surface est lisse, offre une coloration jaune-clair très uniforme. Même teinte de la coupe, qui est grasse et onctueuse. On ne peut distinguer de lobules; l'aspect est uniforme pourtant.

La capsule n'est pas épaissie; la vésicule biliaire contient une bile peu abondante, remarquablement peu colorée.

Le pancréas paraît normal.

Examen histologique. — Il a porté sur le cœur, les reins et le foie.

Les coupes de la paroi ventriculaire gauche et du pilier mitral antérieur ne montrent ni sclérose, ni dégénérescenc des fibres musculaires appréciables.

On ne trouve dans les reins qu'un peu d'épaississement de la capsule de Bowmann avec prolifération des éléments conjonctifs du glomérule lui-même.

Le foie ne se laisse couper qu'avec les plus grandes difficultés; il ne durcit point, et l'état graisseux est tel que les coupes surnagent dans les liquides colorants.

A un faible grossissement, on remarque d'abord que toute trace de lobule a disparu; on ne parvient à s'orienter qu'avec peine. On reconnaît alors les espaces droits entourés d'une zone mince de tissu conjonctif de nouvelle formation; les parois de la veine sont un peu épaissies, mais, chose remarquable, on ne trouve presque nulle part de vaisseaux biliaires. Les veines sus-hépatiques sont également entourées d'une très mince zone conjonctive Tout le reste du lobule est rempli de grosses cellules tassées absolument remplies par de la graisse, sous forme d'une énorme gouttelette réfringente, refoulant le noyau contre la paroi.

A un fort grossissement, on voit que toutes ces cellules sont immédiatement en contact et qu'il n'y a point de sclérose même cellulaire.

L'aspect est identiquement le même sur des points pris dans les diverses parties du foie.

Réflexions. — Cette observation ne rentre dans aucune des affections hépatiques décrites jusqu'ici; elle se rapproche de celles qui ont été données sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse; mais, outre qu'elle ne s'applique pas à un tuberculeux, l'absence de sclérose nous oblige à l'en distraire absolument. Pour nous, il ne s'agit pas ici d'une cirrhose, mais d'une hépatite au sens propre du mot; la lé-

sion de la cellule hépatique prime tout, c'est à elle seule qu'est due l'insuffisance hépatique qui finit par tuer le malade; nous avons observé plusieurs cas de ce genre; nous les réunirons, et nous nous efforcerons de montrer que dans la pathologie du foie il y a lieu d'admettre l'hépatite graisseuse primitive.

En tout cas, dans la présente observation, la tuberculose n'était nullement en jeu, comme l'a démontré l'examen histologique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

VI. Sur la vaccine et la variole. — Recherches bactériologiques, par le docteur Garré. Travail du laboratoire de bactériologie du professeur Socin, de Bâle (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1887, nos 12 et 13). — VII. Recherches sur l'étiologie de l'endocardite ulcéreuse, par les docteurs E. Fraenkel et A. Saenger (*Virchow's Archiv*, t. CVIII, fasc. 2, p. 286, 1887. — VIII. Spirilles du choléra dans la paroi intestinale, par le docteur A. Pfeiffer (*Deutsche Medicin. Wochenschrift*, 1887, no 11, p. 212). — IX. Sur le sort des bactéries pathogènes dans les eaux destinées aux usages alimentaires, par C. Kraus (*Archiv für Hygiène*, 1887, no 2, et *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, no 45, p. 511).

VI. Après avoir passé en revue les principaux travaux qui ont eu pour objet la recherche des micro-organismes contenus dans la lymphe vaccinale, M. Garré rappelle les résultats obtenus en dernier lieu dans cette voie par M. Voïgt (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1885, n° 52). M. Voïgt, ayant comparé entre eux, au point de la nature des micro-organismes y contenus, des échantillons de lymphe vaccinale de provenances variées, a constaté dans tous la présence d'une même espèce de microcoques. Ceux-ci formaient des colonies blanchâtres; ils ne liquéfiaient point la gélatine; ils se développaient bien surtout à la surface du milieu de culture. Des veaux, inoculés avec ces produits de culture, se sont montrés réfractaires à des vaccinations subséquentes. Toutefois, les inoculations de cultures pures du microcoque en question n'ont point fait éclore de pustules vaccinales caractéristiques, mais seulement une sorte d'eczéma, dont l'inoculation à d'autres veaux faisait ensuite apparaître de très belles pustules de vaccine. Le contenu de ces pustules de seconde génération a été inoculé à des enfants, et avec succès; l'éruption vaccinale était accompagnée d'un mouvement de fièvre.

M. Garré a été moins heureux. En ensemençant, avec toutes les précautions désirables, sur de l'agar, dans de la gélatine, du sérum de sang et du liquide à hydrocèle, des fragments de pustules vaccinales enlevés sur des génisses, il a obtenu : (*a*) Des cultures pures constituées par des coccus qui avaient des dimensions deux fois moindres que le *staphylococcus pyogenes*; (*b*) des cultures mixtes, qui liquéfiaient la gélatine et le serum coagulé, et d'où il a été possible d'isoler, outre les coccus signalés à l'instant, une autre variété, de dimensions plus grandes, et deux variétés de bâtonnets courts.

Les coccus (*a*) obtenus à l'état de culture pure sont aérobies. Ils ne se développent pas, à la température de la chambre, dans la gélatine. Les ensemencements faits dans de l'agar ou du serum de sang, à la température du four à incubation, donnent des cultures, au bout de trois à cinq jours, sous forme de taches grisâtres assez épaisses, et qui proéminent au-dessus de la surface du milieu de culture (jusqu'à 5 m.m.). Le serum de sang et la sérosité d'hydrocèle coagulés sont liquéfiés au pourtour des cultures, mais non l'agar. Du lait de vache stérilisé, dans lequel on ensemence ce micrococcus, est coagulé.

Les expériences d'inoculation, faites avec des cultures pures du micrococcus en question, ont donné les résultats suivants :

Les inoculations faites sur de jeunes taureaux ont fait éclore un certain nombre de fois des nodosités isolées, voire des pustules étalées. Le contenu de ces nodosités et de ces pustules, réinoculé à d'autres animaux ou à des sujets de notre espèce, a fait éclore des pustules vaccinales typiques; il en résultait en même temps l'immunité contre les vaccinations subséquentes.

Les inoculations directes à l'homme des cultures pures de ce microcoque n'ont donné aucun résultat : ni éruption, ni immunité.

Les injections sous-cutanées de ces mêmes cultures et les frictions faites sur la peau n'ont produit aucune réaction inflammatoire.

D'autre part, M. Garré a ensemencé, avec toutes les précautions exigibles, du sang recueilli sur des varioleux, pendant le stade d'éruption; tous ces ensemencements sont restés stériles. Ce qui ne signifie pas, fait remarquer M. Garré, que, pendant le stade prodromique de la variole, alors que la fièvre est à son apogée, le sang des malades ne contient pas de micro-organismes pathogènes.

Des ensemencements faits avec le contenu de pustules varioliques (d'un cas de variole hémorrhagique, entre autres), sont restés stériles. Une autre série d'ensemencements a donné des cultures blanchâtres, constituées par des microcoques qui ne présentaient pas de caractères spécifiques.

Chez trois varioleux, morts pendant le stade d'éruption, M. Garré a enlevé des fragments de tissu provenant des couches les plus profondes de la peau et de quelques organes internes. Onze ensemencements ont été faits, soit dans de la gélatine, à la température de la chambre, soit dans de l'agar à 38o Neuf ont donné comme résultat des cultures pures de streptococcus. L'auteur n'a nullement la prétention d'établir un rapport étiologique entre ce streptococcus et la variole.

VII. Les recherches de MM. Fraenkel et Saenger se rattachent à celles de MM. Rossenbach, Ribbert, Orth et Wyssokowitsch, Weischelbaum, Netter, Grancher, qui ont trait à la question de l'origine parasitaire de l'endocardite ulcéreuse et de l'endocardite végétante; les publications qui relatent ces recherches ont été analysées dans la Gazette médicale et dans le Journal des Sociétés scientifiques (1).

MM. Fraenkel et Saenger ont utilisé pour leurs recherches de bactériologie, treize cas d'endocardite terminés par la mort. Les résultats qu'ils annoncent portent d'abord qu'il n'existe pas, pour l'endocardite, un micro-organisme-germe spécifique.

(1) Voir : Grancher. *Compte rendu général des Académies*, etc. 1884, n° 22, p. 220.— Wyssokowitsch et Ribbert. *Journal des Sociétés scientifiques*, 1885, n° 42, p. 462. — Wyssochowitsch, Weichselbaum, Orth. *Gazette médicale de Paris*, 1886, n° 13, p. 151. — O. Netter. Ibidem, no 48, p. 571.

Les ensemencements faits par les deux auteurs lee ont conduit à isoler : 2 espèces de bacilles pathogènes, 2 espèces de staphylococcus, 2 espèces de micro-organismes non pathogènes. Tantôt les particules ensemencées ne renfermaient qu'une seule espèce de micro-organismes (3 fois sur 13), tantôt deux (6 fois) ou même trois (2 fois) espèces distinctes. Le micro-organisme qui a été rencontré le plus souvent dans les produits pathologiques utilisés pour ces recherches n'est autre que le *staphylococcus pyogenes flavus* (*aureus*) de Rosenbach, qui a été rencontré également dans les productions pathologiques de l'endocardite verruqueuse, par Weischelbaum, et de l'endocardite ulcéreuse, par Wyssokowitsch. Ces deux expérimentateurs, et après eux Ribbert, ont fourni la preuve expérimentale de la possibilité de développer une endocardite parasitaire chez des animaux auxquels on inocule des cultures de ce micro-organisme. Cette preuve a été répétée, et avec succès, par MM. Fraenkel et Saenger, en ce qui concerne un des bacilles pathogènes isolés par eux dans le cours de leurs recherches. De sorte que, actuellement, on connaît cinq espèces distinctes de bactéries, avec lesquelles on peut, par voie d'inoculation, faire naître une endocardite expérimentale; ce sont :

1o Le *staphylococcus pyogenes flavus*; 2o le *staphylococcus pyogenes albus*; 3o le *streptococcus pyogenes*; 4o le *bacillus pyogenes fœtidus* de Passet; 5o un bacille court, privé de mouvements, isolé et décrit par Fraenkel et Saenger.

Les recherches des deux auteurs ont encore mis en évidence la grande vitalité des micro-organismes qu'on rencontre dans les productions pathologiques des endocardites végétantes de vieille date, comme aussi elles plaident en faveur de l'opinion de Weichselbaum, qui attribue une origine parasitaire commune à l'endocardite verruqueuse et à l'endocardite ulcéreuse. La variabilité des altérations anatomiques qu'on rencontre dans les cas d'endocardite serait, d'après les deux auteurs, en rapport surtout avec la quantité de micro-organismes qui interviennent dans la production de ces lésions. Il y a lieu ensuite de tenir compte de l'influence qu'exerce sur la nature des lésions produites la structure du tissu dans lequel immigrent les bactéries, et aussi l'atteinte portée à l'organisme par des maladies antérieures.

VIII. Dans le cours d'une petite épidémie de choléra, qui a sévi aux environs de Mayence, à Finthen, la recherche des bacilles en forme de virgule, sur des lambeaux d'intestin d'une victime de cette épidémie, fit découvrir des formes-spirilles du bacille en question, dans l'épaisseur de la paroi intestinale, constatation unique en son genre, jusqu'alors. Les lambeaux d'intestin sur lesquels a été faite cette découverte se distinguaient par leur épaisseur considérable, qui atteignait 2 et 3 millimètres, et par la disposition aréolaire des tuniques sous-muqueuse et musculaire. Sur des coupes pratiquées avec le microtome, on était frappé déjà à l'examen à l'œil nu, de voir les différentes tuniques écartées les unes des autres.

Les pièces destinées à être examinées au microscope ont été traitées de la façon suivante : Séjour, pendant quatre ou cinq heures, dans la solution de Lœfler, avec exposition à la température du four à incubation; lavage avec de l'alcool à 60 %, additionné d'un peu d'acide acétique; traitement par l'alcool absolu, déshydratation; traitement par l'essence de cèdre et dépôt dans le baume de Canada.

L'examen des préparations ainsi obtenues laissait voir un exsudat fibrineux sanguinolent, qui infiltrait par places la muqueuse, dans les intervalles des glandules, obstruant même quelques boyaux glandulaires. Cette infiltration se continuait dans les tuniques sous-muqueuse et musculaire, écartant les unes des autres les fibres contractiles. Bref, on se figure volontiers que, durant la vie, la paroi intestinale a dû ressembler à une masse spongieuse imbibée d'un exsudat séro-sanguinolent. Cette disposition a dû permettre aux bacilles du choléra de pénétrer jusque dans les couches les plus profondes de la paroi de l'intestin, jusqu'à la tunique séreuse, ainsi que le montrait l'examen des pièces. Ces bacilles se voyaient en très grand nombre sous la forme de spirilles, sur lesquels on pouvait compter jusqu'à 8, 10 tours et plus. La plupart de ces spirilles se rencontraient à la limite des tuniques sous-muqueuse et musculaire.

IX. M. Kraus critique les méthodes employées par Bolton, Wolfhügel et Riedel, dans leurs recherches sur le sort des bactéries pathogènes mises en suspension dans des eaux destinées aux usages alimentaires. Ces recherches ont consisté à déposer une certaine quantité de bactéries (bacilles de la fièvre typhoïde, du charbon, du choléra, etc.) dans de l'eau, et à examiner des échantillons de cette eau à des intervalles déterminés, pour savoir ce qu'étaient devenues ces bactéries. Or, les recherches en question, si intéressantes qu'elles soient au point de vue scientifique, ont manqué leur véritable but pratique, parce que ceux qui les ont entreprises ont expérimenté sur de l'eau préalablement stérilisée et sur de l'eau exposée à une température relativement élevée (16 à 35o).

M. Kraus a repris ces recherches, en utilisant des échantillons d'eaux de trois provenances différentes, qui servent à l'alimentation de la ville de Munich. L'eau n'était pas stérilisée; elle était maintenue à une température de 10o,5 C. M. Kraus est arrivé à ce résultat étonnant, que les bactéries pathogènes, mêlées à de l'eau (de puits ou de source) disparaissent au plus tard en l'espace de quelques jours : le vibrion de Koch (choléra) au bout de vingt-quatre heures; le bacille du charbon au bout de trois jours; le bacille de la fièvre typhoïde au bout de six jours. Ce résultat est obtenu avec une égale rapidité dans l'eau la plus pure comme dans les eaux plus ou moins souillées. La destruction des bactéries pathogènes est opérée par les bactéries qui se trouvent naturellement dans l'eau stérilisée, mais elle n'est influencée ni par la constitution chimique de l'eau, ni par le nombre de bactéries qu'elle renferme originairement.

Ces résultats parlent contre l'opinion, aujourd'hui prédominante, de ceux qui considèrent les eaux potables comme le véhicule de propagation des épidémies de fièvre typhoïde et de choléra. M. Kraus y voit un argument en faveur de la théorie de Pettenkofer. Quoi qu'il en soit, le travail de l'auteur sera lu avec profit par ceux qui s'intéressent spécialement à la question des eaux potables dans leur rapport avec le développement et la propagation de certaines maladies épidémiques.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur l'anatomie humaine et l'anatomie comparée de l'appareil moteur de l'œil, par le docteur Motais (d'Angers).

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première con-

tient l'étude des muscles de l'œil des différentes classes des vertébrés et de la capsule de Ténon de l'homme; la seconde comprend différentes monographies et des notes complémentaires.

Les muscles de l'œil des vertébrés n'avaient été décrits jusqu'ici que d'une manière très superficielle. L'auteur en a fait une étude complète, grâce à des recherches et des dissections qui ont exigé un travail considérable. Tout est nouveau et présente un grand intérêt dans ce chapitre. Nous remarquerons principalement les lois générales que M. Motais a déduites de l'ensemble de ses observations, telles que le rapport constant qui existe entre l'insertion bulbaire des muscles et l'angle que leur plan forme avec l'axe optique; le changement de direction et d'insertion des muscles obliques qui s'établit graduellement des poissons à l'homme; les connexions musculaires à peine soupçonnées jusqu'ici, etc.

Quant à la capsule de Ténon de l'homme, qui fait en réalité l'objet principal de cet ouvrage, l'auteur en donne une description complète, le scalpel à la main, indiquant en même temps tous les procédés qui peuvent guider l'anatomiste dans cette préparation difficile. Nous ne saurions trop recommander de lire avec soin cette description, qui forme aussi bien un livre à consulter qu'un manuel d'amphithéâtre.

Pour M. Motais, la capsule de Ténon n'est pas une membrane spéciale au globe oculaire, comme l'affirment tous les auteurs, mais *simplement l'aponévrose commune du groupe musculaire de l'orbite*. Celle-ci s'insère au rebord orbitaire, non seulement par des expansions isolées venant des gaînes musculaires (ailerons), mais par un *entonnoir membraneux complet*.

L'auteur donne à l'étude des ailerons une rigueur et une précision que nous n'avions pas rencontrées jusqu'ici. Il découvre véritablement l'aileron si remarquable du muscle droit inférieur.

Au-dessous de l'enveloppe fibreuse du globe, il décrit une enveloppe séreuse à laquelle il donne le nom de capsule interne ou bulbaire.

Passant à l'étude physiologique de la capsule de Ténon, nous trouvons des expériences et des conclusions nouvelles dont nous reproduisons seulement les plus importantes :

1° Mouvement de rotation du globe. Le globe ne roule pas *librement* dans sa capsule comme dans une cavité énarthrodiale. Il entraîne dans son mouvement de rotation les couches profondes de l'atmosphère celluloi-graisseuse qui l'entoure et ses membranes d'enveloppe. Grâce à l'élasticité de ces membranes et à leurs attaches extérieures, son mouvement propre de rotation est plus étendu.

2° Influence des ailerons sur les muscles en contraction. Non seulement les ailerons deviennent à un certain moment des tendons d'arrêt (Ténon), mais dès le début et pendant toute la durée de la contraction ils agissent par leur tension graduelle et progressive comme modérateurs de l'action musculaire.

3° Influence de la capsule dans la strabotomie. Tout procédé opératoire qui recule le système aponévrotique de l'orbite diminue l'action musculaire et inversement.

Ces conclusions qui n'ont point été réfutées sont appelées à exercer une grande influence sur l'avenir de la strabotomie. Nous n'insistons pas sur d'autres déductions applicables à la strabotomie, publiées dans le *Bulletin de la Société française d'ophthalmologie.*

Dans la seconde partie, l'auteur donne quatre monographies très complètes des muscles de l'œil et de la capsule de Ténon du cheval, du chien, du lapin et de l'esturgeon. Ces monographies devront être consultées par les vétérinaires, les zoologistes et aussi par les expérimentateurs qui s'exposeraient à de graves erreurs en ténotomisant les animaux d'après les méthodes employées chez l'homme.

Nous signalerons enfin parmi les notes complémentaires l'*Aperçu d'ensemble sur les muscles oculaires des vertébrés, loi qui préside à leur développement. De l'aponévrose commune des muscles de l'orbite chez les vertébrés. Quel est le point de réflexion des muscles droits et obliques? De la séreuse de l'œil dans la série des vertébrés. Injections dans la cavité de Ténon de l'homme, procédé opératoire. Notice historique sur la capsule de Ténon de l'homme,* etc.

Dans cette analyse, nous n'avons donné qu'une idée très incomplète de ce très remarquable travail qui renferme une masse de faits considérable.

P. REDARD.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par M. H. HALLOPEAU, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis, 2e édition. Paris, 1887. — J.-B. Baillière et fils.

Il y a trois ans à peine que M. Hallopeau a publié la première édition de son livre, et, dans ce court espace de temps, les progrès de la science ont été si rapides qu'il a dû remanier complètement le plus grand nombre des chapitres pour cette seconde édition. La première avait été rapidement enlevée, ce qui ne surprendra personne, étant donnés d'une part la grande érudition et le talent de l'auteur; et, de l'autre, le goût de plus en plus vif du public médical pour tout ce qui touche à la pathologie générale.

Les additions les plus importantes sont celles qui ont été apportées au chapitre de la bactériologie. Elles étaient nécessitées, comme l'auteur le fait à juste raison remarquer dans sa préface, par le mouvement chaque jour plus prononcé qui nous entraîne vers l'étude des agents pathogènes. Ces études nouvelles sont nées d'hier, et déjà elles ont apportées la lumière sur bien des points obscurs. Leur importance va toujours croissant, et l'on peut prévoir que bientôt elles auront pris la première place dans tous les laboratoires de clinique et d'anatomie pathologique. Il y a quelques années à peine, on recherchait la clef de chaque symptôme, de chaque entité morbide, dans l'étude des lésions anatomiques; aujourd'hui, on la demande aux agents pathogènes. On a pénétré d'un pas plus avant dans le domaine de l'inconnu, et on aspire à trouver une cause spécifique pour chaque maladie infectieuse. C'est ce qui ressort avec netteté de la lecture des pages consacrées par M. Hallopeau à la description des germes vivants; il a donné à cette étude des développements considérables et, de plus, il a placé dans un appendice, à la fin du volume, le résumé des travaux les plus récents parus sur cette question.

L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première, consacrée à l'*étiologie*, se divise en deux sections : Sous la dénomination de causes intrinsèques est étudiée l'action exercée par les prédispositions héréditaires, la constitution, le tempérament, les aptitudes morbides, l'âge, le sexe, etc. Les causes extrinsèques sont rangées dans cinq classes : Causes physiques, mécaniques, chimiques, animées, pathologiques. Les chapitres consacrés aux causes animées (parasites, agents

infectieux) sont, nous l'avons dit, particulièrement développés. Nous y trouvons, soigneusement analysés et critiqués, tous les derniers travaux de bactériologie; M. Hallopeau prend grand soin de nous mettre en garde contre des conclusions prématurées, en nous montrant qu'elles reposent parfois sur des recherches incomplètes. Il insiste sur les faits qui sont définitivement acquis à la science et nous donne en résumé un excellent tableau d'ensemble de l'état de nos connaissances sur ce point spécial de l'étiologie.

La deuxième partie a trait aux *processus morbides*. L'auteur distingue ceux qui sont caractérisés par un trouble de la circulation (inflammation, hémorrhagie, hydropisie, etc.), et ceux qui présentent des troubles de la nutrition (mortification, atrophies, dégénérescences, tumeurs). Nous n'entrerons pas dans le détail de cette classification; nous dirons seulement que toute classification de phénomènes aussi divers est forcément une œuvre arbitraire et hérissée de difficultés, et nous ne devons pas lui demander autre chose que d'apporter la clarté avec elle. L'inflammation, les phénomènes de karyokinèse, les tumeurs, sont développés avec un soin tout spécial.

Les *troubles fonctionnels des divers appareils et organes* font l'objet de la troisième partie. Ils sont considérés en eux-mêmes comme de véritables entités et en dehors des affections auxquelles ils sont mêlés. L'auteur indique leurs rapports intimes avec les phénomènes physiologiques dont ils dérivent toujours, leur origine, leurs caractères, et les suit pas à pas dans leur évolution. Les données nouvelles fournies par Bouchard sur la dilatation de l'estomac, et par Charcot et ses élèves sur les troubles de l'innervation, sont largement mises à profit. Cette partie du livre de M. Hallopeau est remplie de faits intéressants et contient une grande quantité de détails peu connus que souvent on chercherait en vain, même dans les ouvrages spéciaux.

Dans la quatrième partie sont définies et étudiées l'*Affection et la maladie*. On y trouve un essai de classification des maladies basé sur leurs causes, puis l'étude de leur évolution de la convalescence et de la mort. Enfin, la dernière partie de l'ouvrage comprend les règles générales auxquelles doit s'assujettir le médecin pour établir un diagnostic et un pronostic. C'est un court exposé de médecine pratique, utile à consulter pour celui qui a de la tendance à poser un diagnostic sans le raisonner rigoureusement. Les lois de la prophylaxie et les bases fondamentales de la thérapeutique générale sont exposées dans les dernières pages du livre.

Nul doute que cette nouvelle édition de la Pathologie générale de M. Hallopeau ne trouve auprès du public un aussi bon accueil que celle qui l'a précédée, et nous pouvons dès à présent prédire sans peine qu'elle ne sera certainement pas la dernière.

Dr GEORGES LEMOINE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LE VERTIGE NASAL, par le docteur JOAL (du Mont-Dore).

Ce travail, communiqué au Congrès de laryngologie et d'otologie, se résume dans les conclusions suivantes :

1° Il existe un vertige nasal, véritable *vertigo a naso læso*;

2° Il appartient au groupe des vertiges réflexes et doit prendre place à côté des vertiges gastrique, laryngé, utérin;

3° L'irritation des filets du trijumeau innervant la muqueuse des cornets et celle de la cloison est la cause du vertige et des autres névroses nasales;

4° L'excitation du trijumeau se transmet par l'intermédiaire du ganglion spheno-palatin aux nerfs vaso-moteurs, d'où anémie circonscrite du cerveau et vertige;

5° Les affections qui donnent lieu au vertige sont : 1° les fluxions nasales (odeurs, vapeurs irritantes, tabac à priser, foins au moment de la floraison); 2° les coryzas aigus; 3° le catarrhe chronique, surtout dans sa forme hypertrophique; 4° les polypes muqueux; 5° le catarrhe de l'arrière-cavité nasale;

6° Le vertige est provoqué surtout par les affections nasales offrant peu de gravité;

7° Les réflexes nasaux se développent principalement chez des individus arthritiques;

8° Le vertige peut se montrer isolément ou être accompagné d'autres phénomènes nerveux : troubles de la vue, mouches volantes, hémicranie, nausées, vomissements, grande excitabilité, hypochondrie, paresse intellectuelle, cauchemars, toux spasmodique, crises dyspnéiques, sécrétions exagérées, syncopes, faiblesse du pouls, pâleur de la face;

9° Pour établir le diagnostic, il faut examiner les fosses nasales de tout individu éprouvant du vertige;

10° La recherche du vertige nasal diminuera sensiblement le nombre des cas de vertiges goutteux, rhumatismal, anémique, congestif, ainsi que de névropathie cérébro-cardiaque;

11° Le vertige cesse avec la guérison de l'affection nasale qui lui a donné naissance.

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER PRIMITIF DU FOIE. — DU CANCER MASSIF DU FOIE, par le docteur A. GILBERT, interne. Médaille d'or des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1886.

L'auteur, dans son important travail, est venu éclaircir ce point de la pathologie hépatique, grâce à ses nombreuses observations et à ses savantes recherches micrographiques.

Le cancer primitif du foie se présente sous deux formes : la forme massive et la forme nodulaire. Tandis que l'examen macroscopique ne suffit pas pour différencier le cancer nodulaire primitif du cancer secondaire, le cancer massif représente au contraire la forme véritablement caractéristique du carcinome hépatique primitif.

A l'examen extérieur, le foie n'offre ni la déformation, ni les bosselures observées dans le carcinome. Il apparaît hypertrophié dans ses différentes parties constituantes, ou plus particulièrement dans un de ses lobes. La surface reste lisse et sa forme reproduit celle du foie normal.

Il faut sectionner l'organe malade pour bien juger de la nature et de l'étendue des lésions. Il apparaît alors dans sa presque totalité transformé en une masse néoplasique de consistance molle ou lardacée. Le lobe droit est le lieu d'élection de cette masse. Dans la majorité des cas, la masse cancéreuse s'avance jusqu'à la capsule de Glisson. Parfois elle en reste uniformément séparée par une mince couche de tissu sain qui lui forme une sorte d'enveloppe.

Les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques du

foie subissent fréquemment la dégénérescence cancéreuse. Les nodosités secondaires font défaut dans la majorité des cas. La périhépatite et l'ascite sont rares. La splénomégalie est habituelle.

Histologiquement, le cancer massif ne diffère point du cancer nodulaire primitif. C'est un épithéliome qui procède des cellules hépatiques et qui revêt le type alvéolaire, trabéculaire ou trabéculo-alvéolaire.

Le cancer massif est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et survient à l'âge moyen de la vie. Il est presque toujours en relation avec l'abus des boissons alcooliques.

Son développement s'annonce par la suppression de l'appétit, l'apparition de troubles dyspeptiques et parfois de phénomènes douloureux.

Le foie augmente de volume, soulève les fausses côtes et présente à la palpation une surface résistante et lisse. L'ascite apparaît rarement, ainsi que la dilatation des veines abdominales sous-cutanées. Les vomissements et l'ictère font presque constamment défaut. L'acholie et l'abaissement du taux de l'urée trahissent la suppression des fonctions du foie.

L'émaciation et la faiblesse atteignent les dernières limites et la mort survient d'un à sept mois après le début des accidents.

A. MARTHA.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

NOUVEL ANALEPTIQUE SUPÉRIEUR A LA POUDRE DE VIANDE. — C'est à la répugnance éprouvée par certains malades à absorber la poudre de viande, si perfectionnée que soit celle qui est employée, qu'il faut attribuer la réserve observée par le médecin à prescrire un produit auquel il reconnaît pourtant une valeur thérapeutique incontestable.

Certes, l'idée du malade joue un rôle incontestable en pareil cas, mais le médecin n'a-t-il pas souvent à compter avec les caprices de ses clients et en particulier de ses clientes!

C'est pour obvier à cet inconvénient qu'un pharmacien, déjà connu par les perfectionnements qu'il a apportés dans la fabrication de la poudre de viande, a imaginé de préparer, non plus un produit dépourvu d'odeur et de saveur, mais bien un véritable aliment savoureux, possédant l'arôme du meilleur bouillon, d'une apparence appétissante et enfin doné de toutes les qualités nutritives et reconstituantes de la poudre de viande.

Tels sont les avantages réels de la tablette de bœuf condensé que M. Rousseau a eu l'heureuse idée de confectionner, à la grande satisfaction des médecins qui l'ont prescrite et surtout de leurs malades.

NOTES & INFORMATIONS

ACADÉMIE DES SCIENCES. — A la fin de la séance de lundi dernier, l'Académie s'est formée en Comité secret pour entendre la lecture des rapports de la Commission sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine et chirurgie par suite du décès de M. Gosselin. Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Verneuil; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Cornil, Guyon, Lannelongue et Trélat. — L'élection aura lieu lundi prochain.

— UNE ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE. — Une épidémie de suette miliaire a éclaté il y a quelques jours dans le canton de Montmorillon (Haute-Vienne). La maladie a envahi rapidement les départements limitrophes. Plus de vingt décès ont déjà été constatés; le nombre des malades est considérable.

Une mission, composée de MM. Brouardel, Chantemesse, Thoinot et Descoust, a été envoyée sur les lieux et chargée par M. le ministre du commerce d'étudier les causes de cette épidémie et de prendre les mesures propres à arrêter sa propagation.

— CONSEIL D'HYGIÈNE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Dans sa séance du 10 juin 1887, le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a approuvé les mesures prophylactiques suivantes contre la diffusion de la diphtérie, de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche :

Mesures à prendre dans les hôpitaux. — 1° La sélection des sujets atteints de ces quatre maladies contagieuses, dès leur arrivée à la consultation, par un interne ou un médecin chargé exclusivement de ce service;

2° L'isolement des cas suspects dans un bâtiment spécial et dans des chambres séparées;

3° L'isolement absolu des cas confirmés dans des pavillons spéciaux;

4° Le local de la consultation sera isolé des autres bâtiments.

Mesures à prendre en ville. — 1° L'appplication aux consultations des dispensaires privés et à celles des bureaux de bienfaisance des mesures réclamées pour les hôpitaux;

2° Le transfert à l'hôpital, aussi souvent qu'il sera possible, des sujets atteints de maladies contagieuses;

3° La création d'asiles où les parents qui tiennent absolument à soigner chez eux leurs enfants malades enverront leurs enfants bien portants, et où ceux-ci resteront tant qu'il y aura danger de contagion dans leurs familles.

— LA PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Dans sa séance du 13 juin, le Conseil municipal a entendu un rapport présenté par M. Chautemps au nom de la Commission sanitaire. Une discussion s'est ouverte sur les mesures prophylactiques et les réformes proposées par la Commission dans le but d'isoler les sujets atteints de maladies infectieuses et de supprimer autant que possible les cas de contagion pendant le transport des malades et leur séjour dans les hôpitaux.

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1887, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1887, la chaire de physiologie de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 juin 1887, ont été appelés à faire partie du Conseil de perfectionnement des écoles vétérinaires :

MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Peteaux, professeur à l'École vétérinaire de Lyon; Anne, vétérinaire à Caen (Calvados).

HÔTEL-DIEU. — M. le docteur Dumontpallier commencera son cours de clinique des maladies des femmes le samedi 25 juin, à dix heures, et le continuera les samedis suivants dans l'amphithéâtre de gynécologie. Les lundis et mercredis, consultations avec examen au spéculum. Tous les jours, à huit heures et demie, exercices cliniques (salle Sainte-Marie).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 5 AU SAMEDI 11 JUIN 1887

Fièvre typhoïde 13.—Variole 14 —Rougeole 44 — Scarlatine 5. — Coqueluche 11.— Diphthérie, croup, 26 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 174.— Autres tuberculoses 25. — Tumeurs : Cancéreuses 54. — Autres 8. — Méningite 27. — Congestion et hémorr. cérébr. 35. — Paralysie 1. — Ramollissement cérébral 8.— Maladies organiques du cœur 45.— Bronchite aiguë 28. — Bronchite chronique 39. — Broncho-pneumonie 23. — Pneumonie 36. — Gastro-entérite : Sein 24. — Biberon 33. — Antres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 7.— Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 38. — Suicides 14. — Autres morts violentes 11.— Autres causes de mort 157. — Causes inconnnes 11. — Total de la semaine : 941 décés.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par S. Perret, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, etc. Un volume in-8 de 500 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille.

Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié. Recherches cliniques au point de vue de l'accouchement artificiel, par le docteur Félice La Torre, membre correspondant étranger de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. Un volume grand in-8 de 350 pages, avec planches et sept grands tableaux hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nervosisme et névroses. Hygiène des énervés et des névropathes, par le docteur A. Cullerre. Un volume in-16 de la Bibliothèque scientifique contemporaine. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La vie des Sociétés, par le docteur A. Bordier, professeur à l'Ecole d'anthropologie de Paris. — Paris, 1887, C. Reinwald, libraire-éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ÉTAT DU MYOCARDE DANS L'ARTÉRITE CHRONIQUE DES CORONAIRES (PLAQUES ATROPHIQUES DU CŒUR, DÉGÉNÉRESCENCES DIVERSES DE LA CELLULE MUSCULAIRE), par M. le docteur MAURICE LETULLE, médecin de Sainte-Périne. — Travail lu à la Société médicale des hôpitaux le 10 juin 1887.

I. Puisque la discussion sur l'artérite chronique des vaisseaux nourriciers du cœur n'est pas encore terminée, je crois intéressant de rapporter, selon la promesse qu'en faisait notre collègue M. R. Moutard-Martin dans l'une des précédentes séances, le résultat de l'examen histologique d'un cœur atteint de rétrécissement extrême avec calcification des deux artères coronaires.

Je vous rappellerai l'observation en quelques mots : Un homme de 72 ans, vieil athéromateux, mais ayant toujours eu une excellente santé antérieure, succombait dans le service de M. R. Moutard-Martin après deux attaques d'asystolie prolongée et sans avoir jamais présenté le moindre accès névralgique pouvant faire même soupçonner l'angor pectoris. Le diagnostic porté par notre collègue avait été : néphrite chronique, compliquée de cardiopathie secondaire. Or, à l'autopsie (1), outre une néphrite interstitielle avec athérome des artères rénales (cirrhose artérielle du rein de Cornil et Brault), on trouva un cœur volumineux pesant 460 grammes. Les artères coronaires étaient presque complètement oblitérées, à quelques centimètres de leur origine, par une dégénérescence athéromateuse extrême allant, pour la gauche au moins, jusqu'à la calcification. Par un contraste frappant, le muscle cardiaque était considérablement augmenté d'épaisseur. « Le poids de l'organe, la dureté et l'épaisseur de ses parois, permettaient au premier abord de penser à une hypertrophie réelle du myocarde secondaire à la néphrite interstitielle. »

L'examen microscopique me fournit l'explication plausible de ce paradoxe anatomo-pathologique apparent. La totalité du muscle cardiaque était, en effet, infiltrée de matière amyloïde qui s'était déposée, comme j'ai pu le démontrer ailleurs (2), non seulement dans le tissu conjonctif interstitiel et dans les parois des capillaires sanguins périfasciculaires et interfasciculaires, mais même dans l'épaisseur des cellules musculaires proprement dites. J'ajouterai seulement que l'étude comparative des faisceaux musculaires sectionnés perpendiculairement à leur axe et de ceux couchés sur le champ des préparations, m'a permis de constater que le dépôt de la matière amyloïde commençait régulièrement par la partie la plus centrale des îlots ou amas de cellules musculaires désignés en anatomie des-

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique (séance du 27 mai 1887), p. 348.

(2) Voy. *Bull. Société anatomique*, 1887, p. 352.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Histoire de l'Autonomie. — Précurseurs, combattants et non combattants. — Les directions à l'ancienneté. — Le Règlement sur le Service de santé. — La paperasserie et l'ancien régime alimentaire. — Rattachement logique des officiers d'administration et infirmiers à la septième direction. — Suppression du concours d'hôpitaux. — L'égalité scientifique par décret. — Par qui sont traités nos soldats dans les hôpitaux militaires. — Une statistique à faire. — Découragement des meilleurs devant l'hostilité sourde témoignée à la Science au Concours et au Val-de-Grâce. — Un savant à la tête d'un corps savant. — L'étude sur le Service de santé de M. Léon Le Fort dans la REVUE DES DEUX-MONDES du 1er juin. — Progrès réalisés.

Aujourd'hui, de même que toute la population virile a porté l'habit viril de soldat, parallèlement, et de par le service obligatoire, il s'est formé une nombreuse et dévouée armée médicale.

On peut l'affirmer, des médecins de grades divers de l'Armée territoriale (ils sont au nombre de 3,368) et de la Réserve (l'ANNUAIRE de 1887 en accuse 1,088), des médecins auxiliaires, voire des vieux praticiens, qui, en 1870, portèrent dans tant d'ambulances de gares une science courageuse au chevet de paille des varioleux, aucun ne se désintéresserait, la lutte échéant, d'un rôle aussi actif que le permettraient les années. C'est dans cette créance qu'un jour la plupart de ses lecteurs devront ajouter à la confraternité d'études celle des armes et partager la gourde et le pain des heures difficiles (ce qui ne s'oublie plus), que la GAZETTE MÉDICALE inaugure des ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE qui paraîtront périodiquement en feuilletons trimestriels.

L'Autonomie existe, comme on sait, depuis quatre ans; mais, avant de dire ce qu'elle a fait de bien ou de mal, avec une impartiale conscience, le devoir s'impose de signaler quels furent dans cette lutte pour l'existence les précurseurs, les combattants et les..... prudents.

* * *

Bégin fut un des premiers. Ses *Études sur le service de santé militaire en France*, parues en 1849 à la suite du décret du Gouvernement provisoire (3 mai 1848), furent un premier tressaille-

criptive sous le nom de faisceaux tertiaires (3). L'explication de cette distribution régionale de la dégénérescence est aisée, si l'on se rappelle que la périphérie desdits faisceaux tertiaires étant en contact avec les ramifications artérielles les plus ténues, le centre n'est guère irrigué que par des vaisseaux capillaires. Au point de vue de la nutrition musculaire, le centre de ces îlots est la région la moins richement oxygénée, quelle que soit d'ailleurs leur richesse en vaisseaux capillaires. Je signalerai, en outre, ce fait que c'est également dans ces régions centrales des îlots tertiaires que les troubles de la circulation lymphatique sont les plus accusés quand un obstacle quelconque entrave le débit du sang artériel ou veineux dans les parois du cœur.

Pour compléter la description du cœur amyloïde en question, il me suffira de dire que les blocs amyloïdes infiltrés dans les îlots musculaires englobaient un grand nombre de faisceaux primitifs et écrasaient ainsi, cellule par cellule, les éléments nobles de l'organe. En outre, les amas amyloïdes formaient dans l'intérieur des faisceaux musculaires ou autour d'eux de grosses masses, fusiformes pour la plupart, qui repoussaient excentriquement et déplaçaient ainsi les muscles voisins encore indemnes.

D'ailleurs, un grand nombre de cellules musculaires non amyloïdes étaient profondément infiltrées de poussières pigmentaires, indice incontestable d'une nutrition défectueuse du tissu musculaire et d'une dégénérescence progressive de son hémoglobine de constitution.

Enfin je ne puis omettre, en terminant, le degré avancé d'endartérite généralisée à tous les rameaux artériels de ces diverses régions, et l'état de sclérose très évidente disséminée dans la totalité du cœur et surtout dominante autour des gros vaisseaux artériels des *grands espaces* et dans l'épaisseur des piliers de la valvule mitrale.

J'en ai fini avec cet examen d'un cœur dégénéré et volumineux; mais je voudrais, avant de passer outre, noter seulement ceci :

Les lésions profondes et anciennes des deux seules artères nourricières de l'organe l'ayant condamné à une dénutrition progressive, c'est surtout une *dégénérescence pseudo-hypertrophique*, l'amyloïde, qui a détruit le myocarde, tout en conservant et même en amplifiant sa forme. Il n'y avait donc d'hypertrophique dans ces lésions que la grossière apparence : histologiquement parlant, le myocarde succombait à une série de lésions dégénératives, atrophiantes au premier chef, l'infiltration amyloïde et l'atrophie pigmentaire. Je demeure convaincu que le plus grand nombre, sinon la totalité des observations connues, comparables à la précédente (rétrécissement athéromateux des *deux* coronaires) et dans lesquelles l'ischémie chronique progressive du cœur coïncidait avec son apparente hypertrophie, consistaient soit en une surcharge graisseuse, soit en une dégénérescence amyloïde, voire même en une transformation fibreuse ou calcaire du myocarde, avec ou sans endocardite chronique. Mais je ne crains pas de faire les plus expresses réserves au sujet de la myocardite scléreuse hypertrophique, si remarquablement décrite par Rigal et Juhel-Rénoy, qui ne me paraît pas devoir rentrer dans les cas qui nous occupent en ce moment : l'ischémie définitive d'un muscle ne peut, en aucune façon, favoriser le processus hypernutritif de ses fibres contractiles.

II. L'observation qui précède n'est pas la seule que j'aie eu la bonne fortune d'étudier. Je dois encore à mon excellent ami R. Moutard-Martin et à son interne, M. Leudet, fils de notre très regretté collègue le professeur Leudet (de Rouen), communication de deux autres faits d'athérome des coronaires (1), dont j'ai pu pratiquer l'examen histologique. Enfin j'ai recueilli, cette année même, à l'hôpital Broussais, l'observation d'une femme atteinte d'artérite chronique disséminée des coronaires et de thromboses artérielles multiples, qui m'a permis d'étudier l'évolution des lésions atrophiques du myocarde.

C'est la synthèse de ces quatre observations que je voudrais rapidement esquisser ici, afin de montrer certaines particularités qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment mises en lumière par les auteurs qui ont traité de l'athérome des coronaires.

(3) Ces faisceaux contenant un nombre très variable de fibres musculaires sont limités sur les coupes parce que j'ai décrit (hypertrophies cardiaques secondaires, 1879) sous le nom de *moyens espaces* conjonctifs périfasciculaires.

(1) La première de ces deux observations a été communiquée par M. Leudet à la Société anatomique (1886, p. 324). La malade avait succombé à un accès d'angine de poitrine.

---

ment, le premier appel public. Le règlement fut fait par une Commission, touffu, confus, équivoque, multipliant les « s'il y a lieu », « quand ce sera possible », « si cela paraît nécessaire ». Il fut renvoyé, avec tous ces dilatoires placés en trébuchet dans divers articles, au Conseil d'Etat, puis aux bureaux de la guerre.

On revient rarement de si loin

Nous avons tous assisté en 1878, avec le général de Chanal, qui refusait de réunir sa Commission, à la répétition de cette vieille pièce de délais, incidents d'audience, renvois à huitaine et atermoiements. Une tactique connue de reculades en échelons pour lasser le droit.

En 1858, Gama fit paraître une première *Lettre sur le service de santé militaire*, puis une seconde en 1860. Les exemplaires de toutes deux sont devenus fort rares par destruction fortuite ou voulue. Le style en est quelque peu vif, mais il faut pardonner beaucoup aux âmes d'apôtres qui ont aimé pour elles-mêmes et périlleusement l'honnêteté et la justice.

« Les dernières démarches que j'ai faites au nom du Corps de « santé militaire ont éprouvé le sort des précédentes ; elles ont « été accueillies par le silence et par une affectation de dédain.

« Il n'y a pas là une solution. Si l'on croit avoir abattu notre « courage, on se trompe. Nous savons qui nous sommes, nous « représentons une idée. Nous connaissons également nos adver« saires; ils comprennent tout le monde officiel du ministère de la « guerre. Dans les divisions des services administratifs de ce mi« nistère, on compte surtout comme chefs d'emploi des membres « de l'intendance ou des affidés à ce corps. Tous sont sous une « même direction, reçoivent le même mot d'ordre ; il y a entre eux « unanimité et solidarité pour affirmer que tous les travaux qui « s'accomplissent au ministère appartiennent à l'intendance, que « toutes ses complications sont le produit de talents rares ; elle « n'en possède qu'un en réalité, celui de multiplier les inutilités et « de répandre la confusion pour mieux rendre nécessaire son inter« vention. Comme un familier du ministère conseillait de simplifier « au moins la comptabilité des régiments. — Y pensez-vous, lui « répondit-on, de la simplicité, nous serions perdus ! ».

Ces lignes ont été écrites il y a quelques vingt-sept ans, en 1860 ; elles paraîtront peut-être moins vieilles que leur âge.

Enfin, dans son *Rapport au Conseil de santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical pendant la guerre d'Orient*

Un premier fait qui domine toute la série des lésions, parce qu'il en est souvent la révélation facilement visible à l'œil nu, c'est la formation de *plaques atrophiques* sur lesquelles le couteau d'autopsie tombe parfois au hasard, mais qu'il faut savoir rechercher. Ces placards, facilement reconnaissables à leur ton gris pâle ou gris rougeâtre, à leur mollesse, à leur laxité et à la dépression qu'ils forment sur la coupe, occupent de préférence la pointe des ventricules, la paroi interventriculaire, les colonnes charnues des cavités ventriculaires.

Là, les fibres musculaires ont disparu, et l'on peut constater sans peine que le tissu conjonctif interstitiel n'est pour rien dans ce processus atrophique ; à un examen superficiel, rien qui ressemble à ces travées fibreuses denses et comme feutrées qui, dans la cirrhose cardiaque, cloisonnent les faisceaux musculaires secondaires et tertiaires en les enserrant dans leurs replis onduleux. Ici, tout au contraire, les travées conjonctives semblent comme affaissées, relâchées ; quoique modérément épaissies, elles laissent entre elles des intervalles énormes, vides, uniquement occupés par des vaisseaux capillaires considérablement dilatés et par des agrégats pigmentaires jaune brunâtre, reliquat ultime de ce que fut l'élément noble de l'organe, la cellule musculaire. De place en place, brillants dans cette solitude et dans ces vastes espaces où la lumière se joue, les noyaux des cellules plasmatiques et les noyaux de l'endothélium des capillaires se dessinent, se montrent. Souvent, sur les bords d'îlots conjonctifs qui représentent le squelette épaissi des grands faisceaux musculaires tertiaires, on retrouve encore, baignant dans les grands espaces périfasciculaires élargis, une bordure incomplète de cellules musculaires non détruites. Ces bordures musculaires sont généralement assez épaisses lorsque la plaque atrophique avoisine l'épicarde ou l'endocarde ; les anastomoses capillaires semblent se faire très largement dans ces régions, et assurer ainsi la vitalité défectueuse des fibres musculaires conservées. Ces cellules, en effet, présentent souvent des dimensions assez considérables, et leur noyau central est d'ordinaire même tuméfié, déformé, et paraît rameux sur les coupes transversales.

On peut, sur les cellules couchées horizontalement, l'apercevoir surmonté de bosselures et de prolongements qui indiquent un processus irritatif intense subi par la cellule musculaire. De là à produire dans les régions voisines saines, ou à peu près saines, une hypertrophie musculaire capable de récupérer et même de dépasser le poids normal du cœur, il y a un abîme qui me paraît infranchissable, pour le cas, bien entendu, des lésions artérielles coronaires plus ou moins généralisées.

Les lésions des fibres musculaires ne sont pas d'emblée complètes, et elles sont souvent diverses. C'est ainsi que l'*atrophie vraie* commence et peut ne s'accompagner que plus ou moins tardivement de transformation pigmentaire. Peu à peu le pigment envahit la cellule à mesure que l'hémoglobine musculaire reçoit moins d'oxygène. Pendant ce temps, la striation longitudinale, comme l'a bien signalé notre collègue Brault (1) dans le cas de rupture de cœurs athéromateux, semble s'accuser davantage ; par contre, la striation transversale disparaît ou du moins la cellule musculaire, infiltrée de pigment, atrophiée, commence à se désagréger. On peut constater souvent alors la dissociation des fibres musculaires suivant les raies d'Eberth, segmentation bien étudiée par Renaut et Landouzy ; enfin les cellules atrophiées ne sont plus reconnaissables qu'à des amas de pigment jaune, orientés parallèlement aux capillaires sanguins dilatés. Peu à peu, il ne reste plus trace des cellules musculaires, les travées conjonctives épaissies ont dissocié les amas fusiformes de matière pigmentaire, aidées sans doute dans ce travail par les cellules lymphatiques des espaces plasmatiques. J'insiste en passant, sur ce fait que je n'ai jamais trouvé trace de *dégénérescence graisseuse* des cellules musculaires. L'atrophie granuleuse ou granulo-pigmentaire ne s'accompagne pour ainsi dire jamais de dégénérescence graisseuse des faisceaux primitifs du cœur qu'il ne faut pas confondre avec la surcharge graisseuse du tissu conjonctif interstitiel.

Ce que je dis là à propos de l'athérome des coronaires est également vrai pour *toutes* les affections chroniques du cœur. La dégénérescence graisseuse ou granulo-graisseuse du faisceau primitif n'appartient guère, si j'en juge d'après mes nombreuses recherches, qu'aux maladies aiguës, infectieuses ou non. L'emploi de l'acide osmique me paraît avoir définitivement tranché la question.

Si tel est le mécanisme habituellement suivi pour la des-

(1) *Bull. de la Société anatomique*, 1884.

1867, dans sa *Statistique médico-chirurgicale de la campagne d'Italie 1869*, mais surtout dans son remarquable ouvrage de vulgarisation tout ardent de philanthropie bonnête, *De la mortalité de l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine 1870*, Chenu — notre Chenu — fournit une base solide mathématique, aux projets de loi, rapports et discussions du Parlement, à nos revendications à tous.

C'est lui qui a donné le chiffre.

Ce précurseur est mort pauvre et quelque peu délaissé aux Invalides, soldat au milieu des soldats. On eût dû, on devrait lui élever un monument durable avec ce simple exergue : « L'Autonomie à Chenu. »

Ni Gama, ni surtout Chenu, dont le nom est immortel, n'ont atteint à l'inspectorat lorsqu'il en est arrivé tant d'autres dont le nom est mortel. Leur vie durant.

* * *

Après 1870, où le flagrant délit d'incompétence fut tant de fois constaté, la campagne pour l'Autonomie fut vigoureusement menée par M. Léon Le Fort dans la *Revue des Deux-Mondes*; par A. Chazeaud dans le *Bien public* et la *Réforme économique*; par nous-même dans la *Lanterne*, sous la signature A. CAPTAIN ; enfin par le *Progrès militaire*, qui prit résolûment les couleurs médicales Nous lui signalâmes le premier (31 août 1881), la mortalité grande des ambulances de Tunisie, puis l'inexactitude des chiffres de l'intendant Coulombeix qui, dans le *Journal Officiel de la République française*, daigna faire le roman de la Statistique.

Un de nos meilleurs, Lereboullet, porta le dernier coup, et le plus formidable. Entre temps, quelques médecins-majors dévoués, que nous aimons tous, voyaient les députés, faisaient les couloirs, semaient la persuasion.

Mais, à l'exception remarquée d'un de ses membres, le Conseil de santé resta pendant ces journées indécises, indécis, immobile, muet, en réserve.

On eût dit sur un corps s'agitant une tête morte. Je ne dis pas qu'elle avait deux faces ; elle n'avait pas de face.

La plupart des principaux eux-mêmes (sauf Arnould, Leplat, Sarrazin et quelques autres vaillants), demeuraient hésitants, souriaient avec ambiguité. Je ne doute pas de leur valeur actuelle et retrouvée, mais on ne put les faire sortir de leur expectation pour

truction moléculaire des cellules musculaires, il m'a semblé qu'il n'en était pas toujours ainsi pour toutes les plaques atrophiques du cœur, ou du moins à un certain moment de la dégénérescence atrophique. Frappé de constater, sur tous ces cœurs soumis à mon examen, la présence d'un grand nombre d'éléments nucléaires, cellules lymphatiques ou autres, disséminés au milieu de certaines plaques en voie d'atrophie, j'ai voulu chercher la provenance et le rôle de ces éléments vivement colorés par les réactifs.

En suivant une technique qui permet de bien étudier les noyaux des cellules (carmin aluné, hématoxyline), on arrive à démontrer dans les plaques atrophiques encore récentes la présence de trois espèces de noyaux bien distinctes : les premiers fusiformes, allongés en série, appartiennent manifestement à l'endothélium des vaisseaux capillaires et aux lymphatiques; les autres, arrondis, de dimensions variables, présentant souvent (safranine, carmin aluné) les caractères de la segmentation nucléaire sont, à n'en pas douter, des cellules lymphatiques en voie d'irritation proliférative. Il n'est pas rare, par exemple, de trouver une de ces cellules contenant quatre petits noyaux, mesurant chacun 2 μ. Enfin, la dernière espèce de noyaux contenus dans ces régions en voie d'atrophie est facile à reconnaître; elle est constituée par les noyaux musculaires des cellules motrices non encore complètement désagrégées. Or ces noyaux, encore entourés d'un bloc de tissu musculaire reconnaissable à son ton brunâtre et à son aspect vaguement strié, sont considérablement tuméfiés, déformés, pâlis. Au lieu de mesurer, comme les noyaux normaux, de 3 à 9 μ de largeur sur 12 à 15 μ de longueur, il n'est pas rare de leur trouver 10/16 μ, 10/20 μ et même 12/20 μ. Leur forme est bouleversée : au lieu de cette forme cylindrique si caractéristique, ils ont un aspect tantôt quadrangulaire, tantôt vésiculeux, ou même sphéroïde des plus remarquables.

Quant aux fibres musculaires elles-mêmes, elles subissent, dans ces mêmes espaces en voie d'atrophie, des modifications curieuses. Tout d'abord, il n'est pas rare de les voir, en certains points, pour ainsi dire écrasées les unes contre les autres, par suite de l'œdème interstitiel, devenir fusiformes, un peu sinueuses, rappelant ainsi les fibres musculaires lisses, mais ayant perdu leur noyau.

Parfois, enfin, les fibres musculaires apparaissent comme fendillées, brillantes, ayant subi sans doute une dégénérescence hyaline que notre excellent maître, M. Cornil, nous a indiquée comme fréquente dans les affections chroniques du myocarde. Mais ce qui complète l'intérêt de ces modifications, c'est qu'il n'est pas rare de trouver sur ces fibres ainsi fendillées et ébréchées un nombre considérable de noyaux embryonnaires, noyaux lymphatiques qui semblent s'accumuler précisément au niveau des parties fragmentées de la fibre musculaire, comme s'ils étaient les agents même de cette fragmentation et de cette dégénérescence.

La constatation de ces lésions de nature irritative, sinon inflammatoire, nous donna à penser que les voies lymphatiques du cœur jouaient peut-être leur rôle dans ces désordres progressifs de dénutrition. Nous avons pu aisément reconnaître, dans deux de nos observations, que les vaisseaux lymphatiques du cœur, je parle des gros vaisseaux sous-épicardiques et interstitiels, sont en effet un centre d'appel évident pour les lésions musculaires régressives que nous venons de décrire en dernier lieu (tuméfaction du noyau, friabilité et fragmentation ténue de la fibre, dégénérescence hyaline de la myosine). Il existe, en effet, à la surface du cœur, dans le tissu sous-épicardique, des grands espaces lymphatiques ainsi que des espaces artériels ou veineux : ce sont les confluents lymphatiques superficiels du cœur. Dans ces points précis où les éléments nucléaires sont des plus abondants, on peut saisir sur le fait les lésions de cellules musculaires que nous signalons ici. Il en est de même dans les grands espaces interstitiels; ce n'est pas autour des vaisseaux artériels ou veineux, mais bien dans les points extrêmes formés par lesdits espaces conjonctifs, par conséquent au niveau des confluents lymphatiques et capillaires que les cellules embryonnaires s'accumulent, et à leur niveau les lésions musculaires commencent.

III. L'explication pathogénique de tous les désordres que nous venons d'esquisser nous paraît simplifiée et éclaircie. Nous pouvons la donner en quelques lignes. L'artérite des coronaires amène lentement et progressivement une anémie régionale dont le résultat inévitable est l'anoxhémie musculaire. L'irrigation artérielle des faisceaux tertiaires expliquera la localisation régionale possible plus ou moins prolongée des lésions dégénératives au centre des gros faisceaux musculaires.

Les conséquences circulatoires de cette anémie locale arté-

---

combattre : c'étaient des témoins, ils marquaient les points; des neutralisés, ils semblaient avoir mis le brassard de Genève, même pour cette lutte sainte.

L'un d'eux construisit même un Rapport épais, confus, diffus, qui nous eût beaucoup amusé par sa texture *pathologique* et inexperte, si ce médecin-auteur malgré lui, n'eût fourni à l'Intendance des arguments qu'elle mit de suite en belle lumière à *l'Officiel*. Non sans malice.

On peut dire que l'autonomie fût faite par-dessus ces têtes, au moins prudentes.

**

Puis, chose étrange, dès que la loi du 16 mars 1882 fut appliquée avec création de Directions du service de santé dans les 19 Corps d'armée, tous ces muets récupérèrent la voix, et une voix qu'on ne leur soupçonnait guère : Pour demander des places.

La victoire avait mis fin à leurs indécisions; ces non-combattants se retrouvaient après la bataille. Et alors, au nom de leur ancienneté passive, du nombre de leurs années, de leur sénilité, ils s'assirent dans les emplois qu'on avait rêvés pour des hommes.

Si bien qu'on assista à une République sans républicains, à une Autonomie sans autonomistes, munie de directeurs qui n'avaient pas eu la conviction d'une cause à défendre la veille, mais celle plus solide d'une place ou d'un placer à exploiter le lendemain.

Cette faute lourde devait stériliser en partie une réforme excellente.

Il ne pouvait y avoir beaucoup d'initiative virile, d'unité, de suite et de décision chez la plupart de ces nouveaux, qui avaient à faire sur le tard apprentissage de qualités nouvelles. Le décousu s'imposait.

Nous allons le constater, sans ce respect à la Dangeau des situations des personnes et des responsabilités, qui sont l'ostentation d'ailleurs bien notée de la discipline. Les hommes sont peu de chose pour les bonnêtes devant les principes et les réformes utiles au pays. Il faut laisser ces confusions de devoirs à la servilité qui y trouve son compte.

**

Une des premières refontes qui s'imposait était celle du *Règlement du service de santé* : le Codex administratif. Elle fut faite par une Commission mêlée d'intérêts divers destinés à se com-

rielle sont : 1° la stase veineuse et capillaire (nous avons pu mesurer des capillaires ayant μ de diamètre) ; 2° la stase lymphatique : l'accumulation des cellules lymphatiques dans les vaisseaux et les radicules lymphatiques des espaces conjonctifs interstitiels y est d'une constatation facile.

Il est logique d'en inférer que les leucocytes vont passer par diapedèse dans les mailles du tissu conjonctif périfasciculaire. C'est l'origine d'une irritation interstitielle, je n'ose dire d'une inflammation, qui a contribué pour sa part à accélérer les désordres nutritifs subis par la fibrine musculaire. La lymphe, stationnaire, se surcharge de déchets qui ne peuvent plus être aussi bien chassés par les mouvements artériels et par les contractions musculaires défectueuses ; elle devient toxique, et le muscle, de plus en plus mal nourri, devient, à son tour, pour lui-même, la source d'intoxications progressives. Arrive un moment où cette double cause de déchéance organique, l'anoxémie et l'accumulation de produits toxiques, l'emporte sur la vitalité de la cellule musculaire. C'est peut-être à ce moment que les leucocytes s'attachent aux cellules musculaires et viennent achever l'œuvre de mortification et emporter les amas pigmentaires et les substances albuminoïdes désagrégées.

Plus tard, la calcification pourra, comme le démontrait naguère encore notre collègue A. Robin (1), envahir toutes ces parties dégénérées comme elle a fait de l'endocarde ou de l'endartère ; mais cette calcification ne sera qu'une déchéance ultime, l'arrêt définitif de la vie organique dans des parties anciennement détruites.

Sans vouloir pousser les choses à l'extrême, je crois qu'il faut accorder à l'athérome des coronaires et aux déchéances musculaires qui en sont les conséquences une plus large part dans la pathologie du cœur. Il me paraît malaisé de contester l'importance de ces altérations secondaires. On peut même aller plus loin et affirmer que l'immense majorité des cas de ruptures du cœur (produites en dehors de l'endocardite ulcéreuse), se rattachent à la dénutrition progressive du myocarde atrophié par lésion chronique des coronaires (2). De même enfin pour l'anévrysme pariétal du cœur (abstraction faite des anévrysmes valvulaires). Voilà de longues années déjà que mon collègue Brault et moi nous défendons à la Société anatomique cette thèse que les anévrysmes partiels du cœur sont le plus souvent, sinon toujours, consécutifs à l'athérome des coronaires (1). Jusqu'à ce jour nous n'avons pas rencontré un fait négatif bien avéré.

Ces considérations justifient les descriptions un peu circonstanciées dans lesquelles nous venons d'entrer ; elles nous serviront de conclusions.

(1) *De la dégénérescence calcaire du cœur* (Bull. Soc. méd. hôp.), 1885, p. 99, et Arch. génér. de médecine, mai 1885, p. 513.

(2) C'est cette opinion que défendait en 1884, dans son cours à la Faculté, mon excellent maître M. Damaschino (*Thrombose et infarctus du cœur*) in *Leçons inédites sur les maladies du cœur et des vaisseaux*, 1884.

(1) La belle observation présentée par notre éminent collègue M. Constantin Paul (Bull. Soc. méd. hôp., 1885) en fait foi. Voy. en outre thèse de Pelvet sur les *Anévrysmes du cœur*, obs. XVII, XIX, XXII, XXIV, XXV.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Othématome spontané terminé par suppuration, par M. E. Leflaive, interne des hôpitaux.

On sait que les hématomes du pavillon de l'oreille peuvent survenir en dehors de tout traumatisme ; des exemples nombreux de ce fait ont été constatés chez des malades atteints d'affections mentales. C'est surtout chez les paralytiques généraux qu'ils ont été rencontrés.

L'observation que nous donnons plus loin nous a paru intéressante à un double point de vue : tout d'abord parce qu'elle a trait à un de ces hématomes spontanés survenu en dehors de toute affection mentale ; et, en second lieu, parce que cet othématome s'est terminé par suppuration.

Ce mode de terminaison est en effet assez rare pour que les auteurs classiques, ou bien ne le signalent pas, ou ne le mentionnent qu'en passant et sans aucun détail :

Le nommé Bou.... (Em...), âgé de 41 ans, exerçant la profession de cordier, entre le 22 février 1884 à l'hôpital Tenon. Il est placé à la salle Nélaton, lit n° 1, dans le service de M. Lucas-Championnière, alors suppléé par M. Quénu.

Cet individu a toujours joui d'une santé excellente. Dans son histoire, on ne révèle, au point de vue pathologique, que

---

penser ; elle s'éclaira des trois ou quatre règlements antérieurs, les *précédents* (un mot d'un grand poids) et elle aboutit à une cote obligatoirement taillée dans les concessions réciproques.

Ce travail sur du vieux laissa subsister une paperasserie touffue, perte de travail utile (une foule d'états et 12 registres pour le médecin-chef, art. 147, p. 24 ; 10 registres pour le pharmacien, article 515, p. 168, et 41 registres pour le comptable, art. 495, p. 157) ; mais surtout un régime alimentaire qu'on avait le droit de croire enterré sous les critiques joyeuses faites au Parlement de ses complications voulues et de ses chinoiseries recherchées.

Le motif allégué pour le maintien, sur ses nombreuses colonnes, de ce chef-d'œuvre de la corporation des gens de bureaux est lui-même spécieux.

On a reculé, dit la note 14 (p. 277, dernier alinéa) devant « la réforme d'un stock de poids et mesures en fonte » dont la valeur intrinsèque peut bien être évaluée à 500 fr. pour tous les hôpitaux de France et d'Algérie.

Il est vraisemblable qu'il y eut des raisons de plus de poids.

L'opinion générale fut qu'on s'était replié devant le labeur de remaniement de toutes ces choses emmêlées avec art, brouillées avec étude le long des tarifs, relevés particuliers et généraux, registres, etc. Cette retraite laissa subsister malheureusement pour les pauvres comptables les 0,37,7 — 18,75 — 12,15 ; les 0,07 de vinaigre pour la salade ; les 0,08, 6, 4, de sucre ; 32 de chocolat ; jamais de multiples décimaux ; c'eût été trop peu compliqué.

Et, pour les pauvres malades, la fameuse, la légendaire côtelette pour 10 et l'amusant chapitre des desserts, qui n'a prévu ni les châtaignes, ni les noix, denrées jugées sans doute exotiques, mais qui prévoit, je vous le donne en mille.... les jujubes !

Le Règlement, à côté de cet alliage évitable, renfermait des qualités réelles.

Dr Amédée Chassagne.

(A suivre.)

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juin 1887 :

M. le docteur Reclus, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre ;

M. le docteur Félizet, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice des Incurables.

des traumatismes sans importance et de nombreuses courbatures dues à des excès de travail. Disons cependant qu'il se plaint d'être notablement plus faible du côté gauche que du côté droit.

On ne constate cependant aucune atrophie apparente du côté des membres; la force qu'il déploie de la main gauche nous a semblé assez considérable, et la différence qui existe entre les deux côtés à ce point de vue ne nous a pas paru dépasser sensiblement celle que l'on trouve à l'état normal.

Vers le 7 ou 8 octobre 1881, notre malade remarqua qu'il s'était produit une tuméfaction de la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite. Elle atteignit d'emblée le volume, qu'elle conserva ensuite pendant plus de deux ans, c'est-à-dire, que, située à la face externe, elle remplissait la dépression comprise entre l'anthélix et l'hélix qu'elle renversait en arrière et en haut. Cette tuméfaction n'était pas douloureuse; sa coloration était seulement un peu rouge.

Notre malade est très affirmatif sur ce point, qu'il n'avait en à ce moment aucun traumatisme du côté de l'oreille. Mais il nous rapporte qu'à cette époque il était sujet à de la céphalalgie, à des migraines; il avait souvent la tête lourde et les yeux cernés, comme s'il s'était livré à des excès de boisson. C'est du côté droit que ces symptômes étaient le plus accusés.

Un interrogatoire minutieux ne nous a révélé aucun trouble mental, aucune perte de connaissance, aucune attaque épileptiforme. Il finit cependant par répondre à nos questions qu'il aurait eu vers ce temps de légers vertiges, et que l'ouïe aurait depuis deux ans diminué d'acuité du côté droit.

Le 1er février 1884, il ressentit de la douleur à la face dorsale du pied gauche, vers la racine du gros orteil; il se développa là un abcès qui fut ouvert le 5. Le pied guérit très vite, et à peine cet abcès spontané, au moins en apparence, était-il fermé, que de nouveaux symptômes se manifestèrent vers l'oreille qui, depuis plus de deux ans, était restée dans le même état.

Le 8 février, notre malade y ressentit de la gêne; le lendemain, la tumeur devint douloureuse et augmenta de volume. Les jours suivants, les souffrances s'accrurent au point d'être insupportables, et de l'empâtement, de l'œdème, se développèrent sur les régions temporales et mastoïdiennes, et sur la partie du cuir chevelu attenante à l'oreille.

Dans la nuit du 12 au 13, sans autre médication que des cataplasmes, il se fit à la partie la plus antérieure de la branche inférieure de l'anthélix un petit pertuis qui donna issue à une grande quantité de pus; le malade se sentit aussitôt soulagé.

Pendant les huit jours qui suivirent, le malade resta chez lui. La poche se remplissait, ramenant les douleurs; puis le malade la vidait en la pressant. La quantité de liquide qui sortait ainsi était fort grande: tantôt, dit le malade, ce liquide était comme de l'eau, tantôt comme du lait; dans les derniers jours, il était coloré par du sang. Ne voyant pas s'annoncer la terminaison de cet abcès, le malade se présenta à l'hôpital, où il fut admis le 22 février.

Au moment de son entrée, la partie supérieure de l'oreille droite est de coloration rouge-violacé; elle a le volume d'un gros œuf de pigeon à surfaces régulières, ne présentant ni bosselures, ni dépression. Toute la partie de l'oreille, au-dessus et en arrière du lobule et de la conque, fait partie de cette masse qui paraît être placée dans l'épaisseur même du pavillon de l'oreille dédoublé. L'œdème a complètement disparu des parties environnantes.

Cette masse est molle. En la pressant, on fait sourdre du pus par le petit orifice situé à sa partie antéro-inférieure. En introduisant un stylet par ce pertuis, on pénètre dans une cavité qui paraît immédiatement sous-cutanée du côté externe; à la face interne, au contraire, il semble qu'il y ait, entre le stylet et le doigt, la peau doublée de cartilages. Ce dernier paraît cependant avoir disparu en divers points.

Le 25 février, une incision fut pratiquée à la partie la plus déclive de cette poche, du côté interne, parallèlement au bord libre; le pus qui s'écoula était mêlé de sang extravasé depuis quelque temps déjà. La cavité fut soigneusement lavée, et on employa le pansement de Lister.

Nous n'insisterons pas sur les suites de cette petite opération; elles furent très régulières. Dans les premiers jours de mars, la cavité avait disparu, l'oreille reprenait visiblement sa forme normale, et il ne restait plus que de l'empâtement du pavillon.

Le malade a été revu dans la suite, et il ne persistait comme traces qu'une légère déformation de la partie la plus élevée de l'oreille.

Réflexions. — Nous pensons que nous devons rattacher la production de cet hématome aux troubles de circulation céphalique, aux congestions que le malade ressentit assez souvent vers la fin de l'année 1881. Claude Bernard a montré toute l'influence qu'a le grand sympathique cervical sur la vascularisation de l'oreille chez les animaux; il a montré qu'en l'irritant on fait dilater les vaisseaux au point de croire qu'ils vont se rompre. D'autre part, Brown-Séquard a produit chez le lapin des hémorrhagies sous-cutanées de l'oreille en sectionnant les corps restiformes.

Virchow et d'autres auteurs ont montré que l'otématome est toujours précédé d'une altération du cartilage, laquelle est soit le résultat de traumatismes (othématomes traumatiques), soit d'un trouble de nutrition local (othématomes spontanés).

Malgré l'existence de faits cliniques qui paraissent venir appuyer ces données, Ladreit de Lacharrière (*in Dict. Dech.*) n'ose pas encore affirmer que l'othématome se développe sous l'influence de troubles du système nerveux. C'est cependant la seule explication plausible de ce fait que cette lésion ne se rencontre guère que chez les aliénés (24 fois sur 26). Nous croyons que notre observation, bien que se rapportant à un individu sain d'esprit, vient confirmer la théorie nerveuse vaso-motrice de l'othématome.

Pour ce qui est de la terminaison par suppuration de l'othématome que nous avons observée, nous ne savons à quoi attribuer cette modification si tardive de la lésion. Elle est du reste fort rare.

Nous nous demandons s'il n'existe pas quelque rapport pathologique entre cette terminaison et l'abcès en apparence spontané du pied, qui a précédé de quelques jours la suppuration. En tous cas, cette relation, cette cause, nous ne l'avons pas trouvée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Tabes dorsalis.

I. Lésions anatomiques dans un cas d'abolition unilatérale du phénomène du genou, par le professeur Westphal et le

docteur THOMSEN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr*, t. XVIII, fasc. 2, p. 628, 1887). — II. SUR LA LOCALISATION (ANATOMIQUE) DU PHÉNOMÈNE DU GENOU DANS LES CAS DE TABES, par le docteur MINOR, de Moscou (*Neurologisches Centralblatt*, 1887, no 10, p. 221). — III. PARÉSIE DES DILATATEURS AYANT PERMIS DE DIAGNOSTIQUER UN DÉBUT DE TABES DORSALIS, par le docteur LUC (*France médicale*, 1887, n° 15). — IV. SUR LA PARALYSIE DE CERTAINS MUSCLES DU LARYNX COMME SYMPTÔME DU TABES DORSALIS, par le docteur F. WEGENER (Thèse inaugurale. Berlin, 1887. Analysée in : *Neurologisches Centralblatt*, 1887, no 10, p. 232). — V. SUR LA PARALYSIE DU NERF ACCESSOIRE DE WILLIS DANS UN CAS DE TABES DORSALIS, par le docteur MARTINS (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, no 8, p. 126).

I. Nous avons déjà rendu compte (GAZETTE MÉDICALE, 1886, no 28, p. 331) des recherches de Westphal, concernant le siége de la lésion spinale qui, dans les cas de tabes, tient sous sa dépendance un des signes les plus précoces et les plus constants de cette maladie, l'abolition du phénomène du genou (signe de Westphal). Aux faits cliniques qu'il a invoqués à l'appui de ses vues, M. Westphal vient d'en ajouter un nouveau, qui présente cet intérêt spécial : le phénomène du genou n'était aboli que d'un seul côté. Il s'agit, il est vrai, non d'un cas de tabes, mais d'un cas de paralysie générale, maladie qui entretient avec la première des relations très étroites et qui se complique souvent d'une dégénérescence des cordons postérieurs. Le malade en cause était aveugle et dément depuis environ un an, lorsqu'il fut admis dans le service de Westphal; trois semaines auparavant, attaque d'apoplexie. D'après les renseignements recueillis, il n'avait jamais eu de tiraillements douloureux dans les jambes. Embarras de la parole, très prononcé. Atrophie de la papille, à gauche. Il fut impossible d'examiner le fond de l'œil droit. Le phénomène du genou, bien conservé à droite, était entièrement aboli à gauche.

Le malade succomba dix jours après son entrée à l'hôpital. On trouva, à l'autopsie, les traces d'une pachyméningite et d'une arachnoïdite chroniques cérébrales et spinales postérieures, de l'hyperémie et de l'œdème des poumons, de l'infarctus pulmonaire, etc., une atrophie grise des deux nerfs optiques; enfin, sur des coupes de la moelle durcie, une dégénérescence des cordons postérieurs des deux côtés. Toutefois, à droite, la dégénérescence était moins accusée et s'étendait moins en dehors. Elle n'intéressait pas ou presque pas le territoire que Westphal appelle zone radiculaire des cordons postérieurs (voir *loc. cit.*, p. 331), contrairement à ce qui avait lieu à gauche.

II. Le sujet de l'observation de M. Minor, un homme de 48 ans, avait contracté la syphilis à l'âge de 33 ans. Depuis sa première jeunesse, il s'adonnait à la boisson, et il avait eu autrefois du *delirium tremens*. Depuis l'âge de 40 ans, il toussait, et c'est de cette époque, selon toute apparence, que date la tuberculose pulmonaire qui consumait le malade au moment de son entrée à l'hôpital. Environ cinq années auparavant, il avait éprouvé de violentes douleurs dans les jambes, qui s'étaient dissipées sans se reproduire. Vers la même époque, le malade avait présenté des troubles de la motilité dans les membres, qui, d'après les renseignements fournis, paraissent avoir été en rapport avec une paralysie alcoolique. A plusieurs reprises, il a eu de l'œdème aux membres inférieurs.

Le malade était entré à l'hôpital de Moscou le 13 janvier 1885. On avait constaté chez lui, indépendamment des signes d'une tuberculose pulmonaire très avancée, compliquée d'albuminurie avec œdème aux cou-de-pieds, l'abolition complète du phénomène du genou, des deux côtés. D'autres manifestations pathologiques du côté du système nerveux, point. Le malade succomba le 1er mars. Voici sommairement les résultats de l'autopsie :

Lésions tuberculeuses des poumons et de l'intestin; résidus d'une pleurésie droite de vieille date; athéromasie de la crosse de l'aorte; cirrhose rénale très accusée, des deux côtés.

A l'œil nu, aspect normal des centres nerveux et de leurs enveloppes. A l'examen microscopique, dégénérescence très accusée des nerfs périphériques. Ont été examinés après durcissement dans l'acide osmique au 1/100e : les nerfs musculo-cutanés, le saphène externe, un rameau du nerf péronier superficiel. Sur le nerf crural (durci dans le liquide de Muller), on constate une névrite interstitielle lipomateuse, à laquelle participent, à un moindre degré, les éléments nerveux. Les racines antérieures de la moelle étaient en état de parfaite intégrité. Dans la région dorso-lombaire, les racines postérieures avaient un grand nombre de fibres nerveuses dégénérées, avec prolifération du tissu conjonctif et des noyaux. Dans la moelle, segments lombaire et dorsal, dégénérescence des cordons postérieurs, affectait la même distribution que celle qui a été décrite et figurée par Westphal (*Archiv für Psychiatrie*, t. XV, fasc. 3, p. 735). L'auteur voit dans ce fait une preuve de l'exactitude de la théorie de Westphal, relative aux rapports de l'abolition du phénomène du genou avec la distribution de la dégénérescence des cordons postérieurs dans les cas de tabes.

Dans les colonnes de Clarke, une grande quantité de fibrilles nerveuses étaient atrophiées; l'atrophie portait sur un moins grand nombre de fibres dans la moitié interne de ce territoire. Rappelons que Lissauer et Weigert ont signalé (1) cette atrophie des fibrilles, nerveuses dans l'épaisseur des colonnes de Clarke, comme une lésion constante dans les cas de tabes. L'exactitude de cette assertion avait été corroborée déjà par les recherches d'Oppenheim (2).

III. M. Luc a fait le diagnostic d'un cas de tabes au début chez un malade qui présentait une parésie des dilatateurs glottiques. Le malade était affligé d'un cornage inspiratoire continu, non compliqué d'accès de toux ni de crises de suffocation, symptôme qui n'avait pas encore été signalé jusqu'ici, dont des cas de tabes. L'examen au laryngoscope fournit les renseignements suivants : Les cordes vocales, très légèrement congestionnées, étaient très modérément écartées pendant l'expiration; d'autre part, au lieu de se séparer largement pendant l'inspiration, elles se rapprochaient l'une de l'autre, au point de ne laisser subsister qu'un espace linéaire. Par contre, il restait un intervalle appréciable entre les cartilages aryténoïdes.

Ces constatations laryngoscopiques mirent sur la voie des autres manifestations coexistantes, propres à corroborer le soupçon d'un tabes à sa période initiale, manifestations qui consistaient en douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, émoussement de la sensibilité à la douleur au niveau

(1) Voir COMPTE-RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES 1884, n° 13, p. 128.

(2) Voir GAZETTE MÉDICALE 1886, p. 332.

de ces mêmes membres, amoindrissement du phénomène du genou, à droite.

IV. Le travail de M. WEGENER débute par un exposé de l'état actuel de nos connaissances concernant les manifestations laryngées du tabes dorsalis. L'auteur soutient ensuite la thèse développée par son maître Gerhard, que dans la pathogénie des crises laryngées et des accès asphyxiques survenant comme manifestations du tabes, on ne saurait invoquer exclusivement soit une paralysie des abducteurs, soit un spasme, une contracture des adducteurs. Aux six cas de paralysie des dilatateurs glottiques, survenue dans le cours du tabes, dont il a trouvé la relation dans les recueils de la littérature médicale des deux dernières années, l'auteur ajoute deux nouveaux cas observés dans le service du professeur Kussner (de Halle). Chez l'un des malades, on a retiré de très bons effets de l'administration d'une mixture dont voici la formule :

Bromure de potassium....	8 grammes.
Chlorhydrate de morphine.	0,05 centigr.
Eau distillée...............	200 grammes.

M. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

V. M. MARTIUS relate l'observation d'un malade en traitement dans le service de clinique de M. Gerhardt (de Berlin), et qui était sujet à des crises laryngées en rapport avec une paralysie des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs. Cette partie de l'histoire clinique du malade avait fait précédemment l'objet d'une communication de la part de M. Landgraf (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 38, p. 634). L'article de M. Martius a eu pour objet d'attirer l'attention sur une autre manifestation très curieuse, notée chez ce malade; il s'agit d'une atrophie du trapèze, intéressant la partie inférieure de ce muscle, sans atteindre la partie supérieure (portion claviculaire ou respiratoire. M. Martius s'attache à établir que l'on trouvait bien, chez ce malade, les troubles fonctionnels en rapport avec la paralysie de cette portion du trapèze tels qu'ils figurent dans la description magistrale qu'en a donnée Duchenne (de Boulogne) dans sa *Physiologie des mouvements*.

Duchenne avait constaté que l'atrophie du trapèze débute toujours par la portion inférieure de ce muscle, et que presque toujours elle respecte la partie supérieure. En considération de ce fait, il avait été amené à reconnaître que le muscle en question est innervé à la fois par la branche extérieure de l'accessoire et par des rameaux qui viennent du plexus cervical. M. Martius cite un passage de l'anatomie de Henle, duquel il résulte que la portion du trapèze innervée par les rameaux issus du plexus cervical est précisément la portion comprise au-dessus de l'épine de l'omoplate. D'où il conclut que chez son malade, la cause de l'atrophie de la portion inférieure du trapèze résidait dans une lésion du nerf accessoire. Cet exemple d'une atrophie circonscrite d'une portion du trapèze, survenue comme une manifestation du tabes, est, en somme, unique en son genre.

Incidemment, M. Martius a abordé la question de savoir comment on pouvait se représenter les rapports de l'atrophie de l'accessoire du nerf vague, se traduisant par la paralysie des dilatateurs glottiques, et de l'atrophie de l'accessoire du spinal, révélée par l'atrophie d'une partie du trapèze, qu'il y avait lieu d'admettre comme coexistant chez ce malade. D'après certains anatomistes, Schwalbe entre autres, ces deux branches émanent de deux noyaux bien distincts, situés l'un dans le bulbe, l'autre dans la partie supérieure de la moelle. Or, le cas du malade en question est de nature à faire soupçonner qu'il existe des connexions directes entre ces deux noyaux.

C'est la conclusion à laquelle a été conduit M. Darkschewitsch (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1885, p. 361, partie anatomique), à la suite des recherches embryogénétiques qu'il a poursuivies dans le laboratoire du professeur Flechsig et sous la direction de ce dernier. L'autopsie du malade de M. Martius pourra fournir des renseignements de grande valeur, pour élucider cette question d'anatomie.

E. RICKLIN.

(*A suivre*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL D'HYGIÈNE SCOLAIRE A L'USAGE DES DÉLÉGUÉS CANTONAUX, DES MÉDECINS INSPECTEURS ET DES INSTITUTEURS, par M. le docteur J. DUBRISAY et P. YVON. Un vol. in-12 de 240 pages. — Paris, 1887, Asselin et Houzeau.

L'influence de l'hygiène en tant que science appliquée s'étend tous les jours. La vie des sociétés est trop intéressée aux progrès de cette branche de nos connaissances pour qu'on ne s'efforce pas de tous les côtés à en recueillir les enseignements pratiques. Cela est surtout vrai quand il s'agit d'hygiène scolaire.

MM. Dubrisay et Yvon ont voulu essayer de mettre entre les mains des médecins inspecteurs des Ecoles, et aussi entre les mains des instituteurs, une sorte de programme destiné à faire rechercher ou vérifier si toutes les conditions imposées par l'hygiène sont bien remplies dans ces établissements d'instruction qui se multiplient chaque jour. Dans ce but, les auteurs de ce Manuel ont réuni, condensé et présenté aux intéressés sous la forme la plus simple et la plus brève, les renseignements, épars dans des traités spéciaux, dans les Bulletins des Sociétés savantes, dans les Comptes Rendus des réunions administratives.

Leur livre contient trois parties : la première, consacrée à l'hygiène générale, est relative à l'emplacement, à l'exposition et à l'orientatation des bâtiments de l'Ecole. On y trouve les notions de physique, de météorologie, de chimie indispensables à la conception théorique et à l'édification d'un établissement irréprochable au point de vue de l'hygiène. La deuxième partie a trait à l'hygiène individuelle particulière aux enfants des Ecoles : propreté, vêtements, aliments, exercices gymnastiques, bataillons scolaires. La troisième partie s'occupe de la prophylaxie des maladies, contagieuses ou autres, qui peuvent atteindre l'enfant pendant la période de la vie dite scolaire. Enfin, les dernières pages sont consacrées d'abord à la question des dispensaires qui semblent devoir être le complément obligé de l'inspection médicale et puis aux voyages et colonies de vacances.

Dans ce volume aux visées trop modestes, MM. Dubrisay et Yvon ont réussi à montrer un tel sentiment de patriotisme en même temps qu'un si grand dévouement aux destinées futures de l'humanité, que la mise en pratique des conseils dont leur ouvrage est rempli rendra évidemment de grands services. La semence est jetée ; puissions-nous en voir bientôt les fruits !

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse, par Ulrich Schnell. — Paris, 1886, Adrien Delahaye.

Le but de l'auteur est de rechercher s'il existe des lésions des éléments constitutifs du cœur et des vaisseaux reconnaissant pour cause une action nerveuse. Il laisse de côté les troubles fonctionnels du cœur et les phénomènes dus aux vaso-moteurs pour ne considérer que les altérations matérielles. La première partie est consacrée à l'exposition des faits cliniques et la seconde à celle des expériences sur les animaux.

Les cardiopathies sont assez fréquentes au cours des maladies du système nerveux central, mais il est bien difficile, dans la majorité des cas, de voir dans ce fait autre chose qu'une simple coïncidence. C'est ainsi que l'état fenêtré des valvules du cœur, décrit chez les ataxiques par Teissier et Zohrab comme une lésion trophique, n'est qu'une altération vulgaire sans rapports avec les tabes. M. Schnell pense qu'il en est de même des cardiopathies du tabes et avance, sans arguments à notre avis, que c'est le hasard seul qui réunit parfois sur le même sujet la néphrite interstitielle, l'artério-sclérose et la sclérose des cordons postérieurs.

Les maladies du système nerveux central qui peuvent être rendues responsables de cardiopathies sont : la paralysie bulbaire, la compression de la moelle et celle du bulbe, le goître exophthalmique et la lypémanie. Elles agissent en augmentant le travail du cœur et en donnant naissance à des palpitations et à une élévation de la pression sanguine.

M. Schnell pense que les lésions du système nerveux périphérique peuvent amener aussi des désordres du même genre, mais il n'a pas trouvé d'observations à l'appui de son opinion, sauf en ce qui concerne les névralgies du membre supérieur gauche qui provoquent des lésions nutritives du myocarde par action réflexe sur le cœur.

Enfin, l'auteur a cherché à provoquer expérimentalement des lésions vasculaires ou cardiaques consécutives à des lésions nerveuses ; il a fait dans ce but un assez grand nombre de vivisections, mais elles ne lui ont pas donné des résultats concluants.

Sur quelques troubles du développement du squelette dus a des angiomes superficiels, par le docteur René Duzéa. — Paris, 1886, Octave Doin.

C'est un travail tout à fait original et basé sur des observations très précises et presque toutes personnelles. Il arrive à cette conclusion que la présence sur un membre d'un nœvus superficiel et étendu peut amener l'hypertrophie et l'allongement des os sous-jacents, dans des proportions notables. Sur le membre inférieur, cet allongement peut atteindre pour chaque segment (fémur et tibia) jusqu'à 2 centimètres. La raison de cette hypertrophie paraît résider dans la suractivité du cartilage de conjugaison pendant la période de croissance du squelette, sous l'influence de l'hyperémie entraînée par le nœvus au niveau des zones juxta-épiphysaires.

Du côté de la tête et de la face, on peut noter, dans certains cas de nœvi superficiels, des hypertrophies osseuses du même ordre, bien que cependant une catégorie de nœvi coïncide au contraire avec des atrophies du squelette sous-jacent. Les Les nœvi papillaires ou pigmentaires, sans développement accentué du système vasculaire, n'amènent pas d'hypertrophie des os.

Étude sur les aliénés persécuteurs, par le docteur P. Pottier. — Paris 1886, Asselin et Houzeau.

Beaucoup d'aliénés atteints du délire des persécutions finissent par devenir, de persécutés, persécuteurs, le jour où ils ont personnifié leur délire. En revanche, un certain nombre sont d'emblée persécuteurs, attribuent tous leurs maux à des personnes connues d'eux et cherchent à s'en venger. Parmi ces persécuteurs, on doit distinguer deux catégories : dans la première, sont rangés ceux qui ont un délire mélancolique peu actif et des hallucinations; dans la seconde, ceux qui, prédisposés par l'hérédité, conservent pendant longtemps les mêmes caractères morbides et n'ont jamais d'hallucinations. Ces derniers sont les persécuteurs raisonnants, d'autant plus dangereux que leur délire s'abrite sous les dehors de la vraisemblance et demande, pour être reconnu, un examen minutieux. On les distingue des autres surtout par ce fait que pendant toute leur vie c'est à peine si leur délire se complique et si leurs facultés intellectuelles s'affaiblissent à la longue. Cette distinction est utile en médecine légale en permettant de baser le diagnostic non seulement sur l'appréciation du fait incriminé, mais encore sur l'ensemble des actes antérieurs du malade.

Dr Georges Lemoine.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude des fistules broncho-cutanées, par L. Bournon. — Thèse de Paris, 1886.

Les fistules broncho-cutanées, peu étudiées en raison de leur extrême rareté et généralement attribuées à une lésion du poumon ou à une plaie pénétrante de poitrine, peuvent être entretenues par un travail phlegmasique des parois thoraciques. Le cou et les bronches en sont aussi quelquefois, quoique plus rarement, le point de départ. Incomplètes d'abord, elles se complètent ensuite par le fait du processus pathologique ou de l'intervention chirurgicale. Dans le premier cas, on a une expectoration abondante de pus et une tumeur gazeuse sonore plus ou moins réductible ; dans le second, la sortie de l'air au moment des fortes expirations et des efforts de toux reste le signe pathognomonique. Le pronostic de ces lésions est généralement sous la dépendance des maladies qui les provoquent. Tout en ne négligeant pas le traitement de ces dernières, l'ouverture du côté de la peau de la collection purulente sera la meilleure mesure à prendre pour obtenir la guérison.

Ce travail est basé sur quinze observations publiées ou inédites, dont deux sont personnelles à l'auteur.

Maubrac.

NOTES & INFORMATIONS

— Les jurys pour le concours de clinicat qui doit avoir lieu le 27 juin sont ainsi composés :

Pour le clinicat chirurgical : MM. Le Fort, Verneuil, Guyon, Lannelongue, Duplay.

Suppléants : MM. Trélat, Panas.

Pour le clinat médical : MM. J. Sée, Peter, Dieulafoy, Damaschino, Cornil.

Suppléants : MM. Potain, Hayem.

Pour les maladies nerveuses, le précédent jury s'adjoindra M. Charcot.

— MM. les professeurs de clinique seront suppléés pendant les vacances par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu : M. Sée par M. X...; M Richet par M. Reclus, M. Panas par M. Reclus.

Charité : MM. Trélat par M. Segond, M. Potain par M. X.

Pitié : MM. Verneuil par M. Jalaguier, M. Jaccond par M. Hanot.

Necker : MM. Le Fort par M. Kirmisson, M. Peter par M. Ballet.

Enfants-Malades : M. Grancher par M. Hutinel.

Salpêtrière : M. Charcot par M. Joffroy.

St-Louis : M. Fournier pour M. Stranss.

— D'après une circulaire du ministre de l'instruction publique, en date du 15 juin, les étudiants en médecine et en pharmacie qui se font inscrire dans les Facultés des sciences n'ont à acquitter aucun droit d'inscription ni de bibliothèque. Ceux d'entre eux qui sont déjà pourvus de quatre inscriptions ne seront donc tenus, pour se présenter au grade de licencié, que de verser les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR HENRI LIOUVILLE.

Nous venons de conduire à sa dernière demeure un médecin distingué et un homme de cœur, le docteur Liouville, décédé le lundi 20 juin, dans sa 49e année.

Henri Liouville, fils de Félix Liouville, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats, est né à Paris le 17 août 1837. Il commença ses études à Toul, vint les achever au collège Sainte-Barbe à Paris et résolut un peu plus tard d'embrasser la médecine. Etant externe, il accompagna en 1864 le professeur Le Fort dans la mission de ce dernier, envoyé en Allemagne et en Russie par l'administration de l'Assistance publique de Paris, pour étudier les principaux établissements hospitaliers de ces deux pays. Cette mission ne dura pas moins de cinq mois. De retour à Paris, Liouville se présenta en 1865 au concours de l'internat, et il fut nommé interne en compagnie de MM. Dieulafoy, Lépine, Landrieux, Lucas-Championnière, Nepveu, Bourneville, Chantreuil, etc. Successivement interne à Bicêtre, à la Charité, à la Salpêtrière et à la Pitié, dans les services de Grisolle, de Vulpian, de Béhier, de Le Fort.

En 1866, le choléra sévissait à Amiens avec vigueur. La ville d'Amiens avait demandé à l'Assistance publique de Paris l'envoi d'un certain nombre d'internes. Liouville partit et prodigua ses soins aux malades avec un tel dévouement que les habitants firent frapper, à l'aide de souscriptions, une médaille au jeune interne et que la ville lui offrit un brevet de citoyen d'Amiens. Il reprit son service d'hôpital et fut reçu docteur on 1870. Sa thèse, inspirée par les travaux importants du regretté Vulpian et du professeur Charcot, a pour sujet : *De la coexistence des anévrysmes miliaires du cerveau avec des altérations vasculaires analogues généralisées* (elle a été réimprimée en 1871, avec une légère modification dans le titre). La même année, il fut nommé au concours chef de clinique. Enfin, dès la guerre déclarée, il se rendit à Toul, où il fut chargé de l'organisation des ambulances; mais, après la reddition de la ville, Liouville s'échappa et gagna Tours, offrant ses services au gouvernement de la défense nationale. C'est ainsi qu'il assista à la bataille du Mans. La paix signée, il reprit ses fonctions de chef de clinique et de chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu. En 1875, il concourut et fut nommé agrégé de la Faculté, et l'année d'après, les électeurs de la Meuse, qui lui avaient déjà donné en 1871 un certain nombre de voix, le choisirent pour représentant ; son mandat fut renouvelé aux dernières élections. Sincèrement républicain, très laborieux, Liouville était fort estimé de ses collègues. Il a été rapporteur de la Commission du budget, a plusieurs fois insisté sur la création d'une direction de la santé publique et faisait partie de toutes les Commissions : des aliénés, prisons, etc., où ses connaissances spéciales pouvaient être appréciées. Esprit très droit, serviable, artiste, il comptait beaucoup d'amis, et nous ne pouvons compter ses bonnes actions, tant nous les savons nombreuses. Uni à la belle-fille de l'excellent professeur Charcot, il laisse une femme et un jeune fils éplorés.

Une assistance nombreuse et sympathique assistait à ses obsèques, et plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe par M. le doyen Brouardel au nom de la Faculté et du Comité d'hygiène publique de France, par M. Spuller, ministre de l'Instruction publique, par M. le professeur Cornil au nom de la Société anatomique, etc.

De ses nombreux travaux, nous citerons : *Note sur l'enquête du projet du nouvel Hôtel-Dieu* (1864); *Considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires* (1865); *Etudes sur le curare* (avec Voisin, 1866); *De l'albuminurie argentine* (1868); *Diathèse anévrysmatique* (Société de biologie, 1868); *D'un rétrécissement cardiaque sous-aortique* (Ibid.); *Observations détaillées de sclérose en îlots multiples et disséminés, du cerveau, de la moelle*, etc. (1868-69); *Coexistence d'altérations anévrysmales dans la rétine avec des anévrysmes des petites artères* (1870); *Tumeur de nature tuberculeuse des méninges de la face inférieure du cerveau* (1872, avec Longet); *De l'abus en thérapeutique* (Thèse de concours, 1875).

Dr A. DUREAU.

***

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans la séance du 20 juin dernier, l'Académie a procédé au scrutin pour la nomination d'un membre, dans la section de médecine et de chirurgie, à la place de M. Gosselin.

Nombre de votants, 54; majorité, 28.

Ont obtenu : MM. Verneuil, 48 voix, élu ; Trélat, 3; Cornil, 2. Bulletin blanc, 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A. Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 29 juin 1887 et clos le mardi 19 juillet 1887, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1o Inscriptions de première année les mercredi 29, jeudi 30 juin, vendredi 1er et samedi 2 juillet 1887;

2o Inscriptions de deuxième année (doctorat), les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 juillet 1887;

3o Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), deuxième, troisième et quatrième années (officiat), les mercredi 13, vendredi 15, samedi 16, lundi 18 et mardi 19 juillet 1887.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 12 juillet 1887.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accor-

dée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe, pendant le troisième trimestre 1886-1887. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription (doctorat) et de la cinquième (officiat); il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

1er trimestre,	novembre et décembre	56 jours.
2e —	janvier, février et mars	86 —
3e —	avril, mai et juin	86 —
4e —	juillet à octobre inclusivement	56 —

Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (8e doctorat et 4e officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

B. *Consignations*. — Les élèves ajournés à la session de novembre 1886, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (officiat) devront consigner les mercredi 15 et jeudi 16 juin, aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen du 27 juin au 2 juillet.

Les élèves de première année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 22 et jeudi 23 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 29 juin au 2 juillet inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 4 juillet.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les élèves pourvus de 16 inscriptions et n'ayant pas subi le premier examen de doctorat, pourront consigner jusqu'au jeudi 23 juin.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à consigner en juillet pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription. Ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 29 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1887, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.

Hôpitaux de Paris. — Ont été admis à subir la deuxième épreuve du concours pour deux places de chirurgien : MM. Barrett, Broca, Castex, Chaput, Guinard, Hallé, Jarjavay, Jullien, Labbé, Michaux, Nepveu, Ozenne, Petit-Vendol, Picqué, Remy, Ricard, Tuffier, Verchère et Walther.

Ont été admis à subir les épreuves définitives du concours pour deux places de médecin : MM. Delpeuch, Dreyfous, Gauchas, Havage, Josias, Juhel-Rénoy, Leduc, Marie, Hippolyte Martin et André Petit.

— La première épreuve définitive (composition écrite) a eu lieu mardi dernier à neuf heures du matin dans le grand amphithéâtre de l'administration. La question proposée était : « Sclérose pulmonaire. »

Faculté de médecine de Montpellier. — Le doyen est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées, les legs faits à ladite Faculté par le sieur Etienne-Frédéric Bouisson, suivant son testament olographe en date du 9 juin 1882, et consistant dans la nue propriété :

1o De sa bibliothèque, à l'exception de la division comprenant la collection des poètes français donnée à la ville de Montpellier ;

2o D'une somme de 10,000 fr. pour l'installation de cette bibliothèque dans un local particulier de la Faculté qui devra porter le nom de « Salle Bouisson » et où sera placé le buste en marbre du testateur également donné par lui ;

3o D'une somme de 5,000 fr. pour l'impression du catalogue de ladite bibliothèque ;

4o D'une somme de 100,000 fr. pour la fondation de cinq prix annuels, sous le nom de « Prix Bouisson. »

— Le ministre de l'intérieur a décerné des mentions honorables à MM. Nicolas et Laherre, internes en médecine (Constantine), pour leur dévouement en 1886 pendant l'épidémie cholérique.

— Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris, sera ouvert le mercredi 3 août 1887, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

MM. les élèves des hôpitaux, qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, à partir du lundi 27 juin 1887, jusqu'au samedi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Par décret, en date du 13 juin, 1887, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Crambes, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 15 juin 1887, a été promu dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Guillet, aide-médecin, docteur en médecine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 12 au samedi 18 juin 1887

Fièvre typhoïde 18.—Variole 13.—Rougeole 48 — Scarlatine 4. — Coqueluche 10.— Diphtérie, croup, 28 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 191.— Autres tuberculoses 29. — Tumeurs : Cancéreuses 36. — Autres 6. — Méningite 42. — Congestion et hémorr. cérébr. 49. — Paralysie 4. — Ramollissement cérébral 13.— Maladies organiques du cœur 53.—Bronchite aiguë 20. — Bronchite chronique 30. — Broncho-pneumonie 29. — Pneumonie 37. — Gastro-entérite : Sein 26. — Biberon 45. — Autres 6. — Fièvre et périt. puerpérales 4.— Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 18. — Sénilité 32. — Suicides 17. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 173. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 1.000 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS.

Célibat et célibataires, par l'auteur du « Mariage », vient de paraître à la librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, en un volume in-18 de 542 pages. Analyse vivante, physiologique et psychologique de cette vie anormale des deux sexes mettant en évidence ses causes occultes, mystérieuses, ses mobiles secrets, cachés, ses avantages et ses dangers. Huit variétés en sont distinguées du plus vrai. Le célibat religieux, au plus faux, le pseudo-célibat. De là ses rapports forcés avec l'onanisme, la prostitution et le concubinage et les maladies physiques et morales en résultant. Des mesures sont indiquées pour combattre cette lèpre sociale et une hygiène spéciale pour en prévenir les conséquences.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Première session. — Biarritz (1886). — Paris, 1887, Octave Doin, libraire-éditeur.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

L'angine de poitrine hystérique, par J.-B. Le Clerc, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume grand in-8 de 178 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

HYGIÈNE SCOLAIRE

Le surmenage dans les Écoles, par M. le professeur Peter.

C'est en praticien que je veux parler du surmenage intellectuel. Il y a là toute une pathologie d'autant plus intéressante qu'on en connaît la cause et le remède.

La cause en est le surmenage, — le remède serait de le faire cesser.

Le surmenage provient de ce que dans les choses de l'intelligence on ne respecte pas la loi de l'offre et de la demande : je veux dire que, dans les programmes d'études, la demande est supérieure à l'offre, qui est l'aptitude intellectuelle des candidats.

Or, la nature nous enseigne que dans la masse des intelligences, ce qui domine, ce sont les aptitudes moyennes : en deçà sont les « faibles d'esprit » ; au delà les esprits supérieurs.

Or, il semble que les programmes scolaires aient été faits pour ceux-ci ; mais eux, ils dépasseront toujours vos programmes, car ils étudient non seulement sans fatigue, mais avec plaisir et pour leur plaisir, car ils obéissent à une tendance, bien plus, à un besoin de leur intelligence ; ils ont soif de savoir.

Les autres, les faibles d'esprit, n'atteindront jamais vos programmes. J'ajoute que les esprits moyens ne les atteindront qu'en peinant, et au risque d'en rester pour toujours des fourbus du cerveau.

Ainsi, les programmes trop touffus dépassent tous les aptitudes moyennes et inférieures, et créent de véritables dangers. Ces programmes sont à reviser et à réformer.

Ce qui est à réformer également, c'est l'hygiène de l'école.

Le surmenage intellectuel est une des formes du surmenage général auquel sont soumis les civilisés, et particulièrement les Français. Nous sommes des surmenés, surtout depuis 1871 ; on sait pourquoi. Nous sommes des surmenés volontaires, les surmenés patriotiques luttant pour l'existence.

Je ne parlerai pas des surmenés à l'état chronique, des surmenés par ambition scientifique, politique ou industrielle.

Je limiterai mon sujet aux surmenés du cerveau, surmenés involontaires, que ne protège aucune loi Roussel, et qui sont victimes dans nos lycées et nos pensionnats, comme dans nos écoles supérieures, de programmes surchargés, où l'hygiène du cerveau est aussi méconnue (je ne dis pas méprisée) que l'hygiène musculaire.

Je limiterai davantage encore mon sujet en me bornant à la partie pathologique de la question ; la partie hygiénique ayant été si remarquablement traitée par mes savants amis, MM. Lagneau et Dujardin-Beaumetz.

FEUILLETON

Études de médecine militaire

Suite. — *Voir le numéro précédent.*

II

Le Règlement ne pouvait faire plus et mieux que la loi boiteuse et mal assise du 16 mars 1882, qui laissait comme avancement, c'est-à-dire comme hommes-lige, les officiers d'administration et les infirmiers sous le sceptre de papier de l'intendance. Médecin-chef, vous remarquez dans vos salles un infirmier intelligent, alerte, amoureux du malade, comme il s'en trouve beaucoup parmi ces humbles ; il y aurait intérêt à faire un caporal de ce débrouillard, qui sera le premier « paré », le premier au bois, à l'eau ou à la paille dans cette chaumière de l'Est, ambulance de l'avenir. Vous le proposez, oui, mais l'intendant dispose.

Il ne connaît ce soldat obscur qu'obscurément et sur le papier — par ses *folios* — mais cela suffit à cet homme de tant de papiers. On prétend même qu'une proposition médicale en faveur d'un officier d'administration aboutissait d'autant moins qu'elle était plus pressante. Ceux attachés aux Directions ne pouvaient ni avancer ni être décorés ; on leur instruisait, à l'aide de la petite lettre anonyme des « notes secrètes », le procès de tendance « d'être pour les médecins ».

On comprend combien un tel dualisme conseillait mal.

Les officiers loyaux tenaient pour l'un ou l'autre camp, mais il était quelques faibles qui voisinaient des deux parts et changeaient de dévouement suivant les antichambres. Sans doute, la Révision de la Loi des cadres devait mettre toute chose en son lieu, mais personne ne se faisait l'illusion que ce fut sous peu.

On ne précipite rien. Les lois militaires vont plus doucement que les autres, qui ne vont pas vite.

Un simple décret du général Boulanger a pris les devants sur cette lenteur traditionnelle ; il a remis avec raison à la 7e Direction l'entière chefferie des officiers d'administration et des infirmiers. L'octroi des galons de grade nous paraît devoir être le corollaire obligé de ce rattachement logique. On verra alors comme partout, comme nous l'avons vu nous-mêmes à Woolwich, à Royal-Victoria

Le surmenage, c'est le fonctionnement excessif, exagéré : il a pour conséquence et pour expression la *fatigue*. La fatigue vulgaire, banale, c'est la fatigue musculaire, laquelle s'exprime physiologiquement et pathologiquement par la courbature et l'impotence fonctionnelle. La *courbature*, c'est la douleur par épuisement et encombrement. Epuisement plus ou moins momentané de la fibre musculaire vivante; encombrement plus ou moins persistant de cette fibre musculaire vivante par la fibre musculaire morte, c'est-à-dire par la créatine, la créatinine, l'inosite, l'acide lactique, cadavres ou produits cadavérisés, de la fibre musculaire usée, oxydée, détruite.

Ce qui est vrai de la fibre musculaire l'est de la cellule cérébrale préposée à la pensée. Celle-ci, comme celle-là, s'épuise et s'encombre par le fonctionnement excessif (à cela près que l'encombrement se fait par la cholestérine et la leucine); celle-ci, comme celle-là, la cellule cérébrale comme la fibre musculaire, se courbature par le surmenage.

Ainsi la *courbature cérébrale* est de même cause que la courbature musculaire (épuisement de la cellule vivante et encombrement par la cellule morte), et elle s'exprime de même sorte, par la douleur et par l'impotence : cette douleur est la céphalalgie; l'impotence est l'inaptitude intellectuelle. Tels sont les symptômes de la courbature cérébrale.

La *céphalalgie* est donc le phénomène primordial, nécessaire, obligé, qu'on observe au début de tous les cas de surmenage cérébral : soit seul, soit comme le premier terme de séries morbides variées aboutissant : l'une à la *fièvre de fatigue*, l'autre à la *fièvre typhoïde*.

Dans une première série morbide, on observe la céphalalgie et les épistaxis. Un degré de plus, il y a céphalalgie, épistaxis et mouvement fébrile : c'est la fièvre de fatigue.

Une autre série morbide est constituée par la céphalalgie d'abord; puis il y a céphalalgie avec épistaxis; puis céphalalgie avec épitaxis et troubles digestifs, épuisement général, fièvre persistante. C'est la fièvre typhoïde.

I. Je parlerai d'abord et surtout de la *céphalalgie*, car, négligée, méconnue, méprisée, elle peut conduire à des désastres pathologiques. La céphalalgie, c'est le cri de souffrance de l'organe fatigué qui demande grâce, qui réclame un repos nécessaire. Si ce cri n'est pas écouté, le cerveau refuse la fonction, il ne comprend plus, les cellules cérébrales se mettent en grève. C'est l'impotence fonctionnelle : fait très fréquent qu'ont observé tous les médecins chez de jeunes sujets dont le cerveau est loin d'être toujours apte à la fonction intellectuelle *imposée* : le mal de tête est la seule chose dont ils se plaignent? et comme c'est là un phénomène subjectif qui échappe au contrôle, l'élève est trop souvent traité de paresseux.

Ce mal à la tête a pour caractère de se reproduire dès que recommence l'essai du fonctionnement, soit par la lecture, soit par l'étude : je dis la lecture même la moins sérieuse, l'étude même la moins prolongée. Un autre caractère qui suit de près le mal de tête est l'impuissance fonctionnelle : les idées se brouillent, la compréhension cesse, c'est comme une sorte de crampe « des écrivains » cérébrale.

Le cerveau est alors *invalidé*, et trop souvent il l'est pour un longtemps, sinon pour toujours, je dis : quant à l'étude.

La gravité possible du surmenage cérébral ayant pour expression symptomatique la simple céphalalgie, est donc l'épuisement et l'invalidation. J'en connais des cas qui durent depuis trois ans : l'intelligence semble intacte, les fonctions cérébrales moyennes, ordinaires, s'accomplissent normalement; les jeunes sujets prennent part à la conversation, raisonnent pertinemment, mais, dès qu'ils veulent lire ou étudier, tout devient confus. Ainsi, dans un cas bien remarquable, une jeune personne, intelligente par elle-même et par sa lignée, trois ans après le début de son surmenage intellectuel, ayant pour symptôme la céphalalgie et des épistaxis (lesquelles ont duré pendant dix-huit mois), cette jeune personne, dis-je « ne peut pas lire plus de deux pages sans avoir mal à la tête et sans croire que les caractères, devenant pointus, lui entrent dans les yeux et lui occasionnent des douleurs ». Ce sont les propres termes dont se sert la jeune personne, navrée de son impuissance fonctionnelle, qui la condamne à renoncer à ses examens, comme à ses « brevets ».

Dans un autre cas observé dans le même établissement, une jeune fille a pu passer ses examens il y a un an, mais elle est invalidée depuis lors et ne peut s'occuper d'aucun travail sérieux.

II. Après la céphalalgie seule vient la céphalalgie accompagnée : « *céphalalgia comitata*, céphalalgie avec épistaxis et fièvre; c'est la *fièvre de surmenage*, ici le surmenage intel-

de Netley, à Cambridge-hospital d'Aldershot, le comptable devenu, non sans fierté, officier hospitalier, n'avoir plus que des points de ressemblance et de contact rares avec ses ex-camarades des Bureaux, du Campement et des Subsistances.

***

Le Règlement (et c'est le sort des Règlements de vivre l'espace d'un Ministre) se trouve quelque peu à refondre de par ce décret de haute initiative, beaucoup de ses articles deviennent caducs. Mais il a des parties excellentes : il donne au médecin-chef l'autorité de chef de corps (une victoire), le droit de punition, de Rapport, d'être quelqu'un et de faire quelque chose.

C'était le moment psychologique, paraîtra-t-il, de sélecter les gens de savoir, d'intelligence, d'initiative et de progrès. Chez le médecin militaire, chacun sait ça, la situation est personnelle; il vit et meurt « major » pour le soldat, « docteur » pour l'officier. On vaut par son contenu.

Qui n'a entendu dire à un général : « J'ai parlé au docteur X... (et avec un sourire ambigu), je ne sais rien de sa valeur médicale, mais il a peu de lectures et ne paraît pas un esprit d'acuité ». Ce sont ces condamnations navrantes et les médiocrités bonnêtes qu'il fallait à tout prix écarter des chefferies.

Un moyen de sélection existait—Le Concours.—Il n'avait jamais donné son plein rendement, parce qu'autrefois être reçu équivalait à un bannissement en Algérie, et la lettre de service tournait à la lettre de cachet. Mais l'agrégation du Val-de-Grâce avait fait la preuve qu'on trouvait des concurrents de premier ordre pour des avantages sérieux de carrière.

Et déjà, aux premières rumeurs d'Autonomie et de chefferie, à cette résurrection de Lazare, les concurrents se multipliaient; en 1880, 1881, 1882, le concours s'élevait fort. Il se fut élevé bien plus encore.

C'est à ce moment précis qu'une 7e Direction, dont il est loisible de suspecter la judiciaire, abolit le concours passé publiquement à Paris par tous, devant tous, en face d'un même jury ministériellement nommé, et décréta l'*examen d'aptitude*, passé dans la coulisse en tête-à-tête devant l'inspecteur X... à Marseille, l'inspecteur Z.. à Dunkerque, jurys à une seule tête, plus ou moins meublée, ayant ses manières de voir le Programme, ses colles, ses préférences, ses recommandations, aussi faisant l'examen variable ici et là pour l'un ou pour l'autre. En un mot, le chaos.

lectuel : la ptomaïnémie, la leucomaïnémie, décrite par moi dès 1869 sous le nom d'*autotyphisation*.

Cette fièvre de surmenage présente à son début tous les symptômes de la fièvre typhoïde, tous, excepté la régularité de la courbe thermique ; dans certains cas, en effet, on peut voir la température s'élever brusquement à 39°, 39°,5, et cela dès le premier ou le second jour.

On l'observe le plus habituellement au moment des examens, c'est-à-dire à cette période d' « entraînement » intellectuel où s'épuise le cerveau. En voici un cas, par exemple, où je laisse parler la mère de la jeune victime du surmenage cérébral : « Voici comment la maladie de ma fille a commencé : il lui restait trois mois encore pour terminer sa dernière année d'études (1884) quand elle fut prise de violents maux de tête et de forts saignements de nez, bientôt accompagnés de fièvre. L'appétit et le sommeil avaient disparu.

« Le médecin du couvent craignait une fièvre typhoïde (et je me permets de dire que cette crainte est très naturelle, de tels accidents ressemblant à ceux de la fièvre typhoïde à cela près de la brusque hyperthermie).

« Après huit jours, les saignements de nez et la fièvre avaient diminué. Le médecin était d'avis que cette fille prît quelques jours de repos. Mais, après ces quinze jours de vacances, les maux de tête continuaient et tout travail était impossible.

« L'infirmière, ainsi que la supérieure, me conseillèrent d'emmener ma fille jusqu'à la fin des grandes vacances, ce qui faisait *quatre mois de repos ;* repos que ces dames savaient nécessaire, car le cas s'était présenté plusieurs fois déjà parmi leurs pensionnaires.

« Le médecin a conseillé pour ma fille l'air des montagnes ; nous avons passé ces quatre mois en Suisse, où les maux de tête ont continué par accès avec de fortes courbatures de tout le corps. C'est au retour de ce voyage que, ne voyant aucune amélioration, je suis venue vous consulter. Le mal de tête n'était jamais général ; elle souffrait plus fortement tantôt d'un coté, tantôt de l'autre, en contournant irrégulièrement le tour de la tête. Tout travail de la tête, lecture ou autre, lui occasionnait des douleurs insupportables. »

C'est là un cas qu'il m'a été donné d'observer près de deux ans après les accidents aigus. Depuis bientôt un an, la jeune fille est restée hors d'état de se livrer à aucun acte intellectuel quelque peu prolongé, sans éprouver aussitôt un mal de tête avec impossibilité de continuer.

Je cite ce fait comme un type à côté duquel j'en pourrais grouper d'autres, chez des élèves des lycées, comme de l'école normale ou de l'école polytechnique, et cela surtout au moment des examens ; fièvre de surmenage aux allures redoutables et à courte durée, à cela près que le cerveau peut en sortir amoindri dans son entendement pour longtemps, sinon pour toujours.

III. Un degré de plus et c'est la fièvre typhoïde ; l'autotyphis est au maximum. L'organisme est sursaturé des déchets du cerveau ; les voies sont préparées, le microbe peut entrer en scène.

Une manie — vraie calamité sociale — la manie des brevets, s'est emparée de nos jeunes filles : les unes y perdent le peu d'intelligence qu'elles avaient ; les autres, nouvelles Philaminthes, y gagnent le ridicule déploré par Chrysale. Nous aussi, nous avons nos « Femmes Savantes », mais avec la fièvre typhoïde en plus.

Ainsi, quand viennent les examens de l'Hôtel-de-Ville, vous pouvez observer ceci : Dans le même lieu, très confortable (rue Montaigne, par exemple), buvant la même eau, respirant le même air, un père, une mère, une jeune fille (leur plus jeune enfant) se portent bien. La fille aînée seule est malade : elle a la fièvre typhoïde. Et il n'y a pas de différences entre ces quatre personnes, placées dans des conditions matériellement identiques, que ce fait, à savoir le surmenage de la fille aînée par les examens de l'Hôtel-de-Ville. Sans action sur l'organisme des trois autres, le bacille de Gaffki a eu raison de l'organisme de la surmenée.

Ce même bacille emprunte la même puissance aux examens de la Sorbonne. On le voit (rue François Ier, par exemple), dans les mêmes conditions de grand confortable, perpétuer les mêmes effets. Là, toute une famille jouit de la santé la plus florissante, un seul de ses membres est malade : il a la fièvre typhoïde, et, comme la jeune fille de tout à l'heure, il ne diffère de ses consanguins et de ces cohabitants que par le surmenage intellectuel, collaborateur actif du bacille de Gaffki.

Dans tous les cas d'ailleurs (dont je choisis les plus typiques), les accidents nerveux prédominent ; il y a du délire professionnel, le délire du *candidat*.

* * *

Il était facile de prévoir que tout le monde aurait l'*aptitude*. Tout le monde l'a.

Quelques-uns n'en ont pas voulu. Les plus légendaires fruits-secs des concours d'hôpitaux en sont munis. C'est un omnibus (1).

L'abolition du concours hospitalier ne pouvait se légitimer en quelque manière que par le concours pour le grade. On se demande quel a bien pu être le but en décrétant cette égalité cérébrale, ce niveau d'eau à bulle scientifique fixe. A-t-on cru naïvement qu'on pourrait aligner les intellects, donner du diagnostic par « désignation », et cette chose sans prix — le Tempérament de travail — par lettre de service.

C'est peu vraisemblable ; la lettre de service, si moulée soit-elle par un commis de talent, n'a pas de ces pouvoirs de transmutation. Ça peut être, à la rigueur, une peau de lion, mais elle ne confère pas le rugissement.

En revanche, s'il échappait le but de ce nivellement sur le papier en vertu duquel le dernier médecin de quartier pourrait être « désigné » et « nommé » dans les hôpitaux de Paris aux lieu et place de Velpeau, Nélaton, Péan, Verneuil, Charcot, etc., décrétés « leurs quantités égales », en revanche, dis-je, les tristes résultats de cette aptitude à tout le monde et à bon marché de ces talents courant les rues de ce « n'importequisme » frappèrent bien vite les jugements sains.

* * *

Et d'abord cet aphorisme admis de circonvolutions cérébrales nivelées et de savoir tiré au cordeau, il ne pouvait y avoir équitablement d'autre désignation que le tour d'ancienneté entre tous ces égaux d'aptitudes égales.

On en a agi autrement, et il est facile de voir que ce prétendu moulage général ouvre la porte toute grande au bon plaisir particulier, au CHOIX comme on dit.

On désigne où on veut, qui on veut, on pourrait désigner au colin-maillard, puisqu'on tombe toujours sur une égalité d'aptitude.

Il ne pourrait y avoir de régulateur partiel à cette toute-puissance, à ce droit divin de désignation, à ce royal « nous voulons et nous nommons », que le savoir hors ligne d'un Larrey ou d'un

(1) Sur les 220 premiers majors de 2e classe, il n'y en a que 13 qui n'ont pas l'aptitude (ANNUAIRE DE 1886).

IV. Je ne dirai rien du cœur dilaté, palpitant, douloureux (rudiment de la myocardite et de l'endocardite végétante ou ulcéreuse) que j'ai observées chez les surmenés par les travaux physiques.

Ces palpitations douloureuses n'étant qu'un trouble fonctionnel qui n'a ordinairement de gravité que sa persistance assez grande; je me contenterai de dire ici qu'elles sont parfois l'occasion d'une erreur de diagnostic et surtout du pronostic.

V. J'ai hâte d'arriver à la tuberculose des surmenés de l'intelligence : Je dis des surmenés de nos écoles, où à l'épuisement cérébral s'ajoute la malfaisance de l'air confiné et de la sédentarité.

L' « air confiné » on n'en dira jamais assez de mal. C'est d'abord de l'air stagnant. Or, l'air comme l'eau, n'est pur et vivifiant qu'à la condition d'être *vif*, c'est-à-dire incessamment mobile et toujours renouvelé : il en est de l'air stagnant comme de l'eau d'un marécage, même dans un milieu inhabité où nulle souillure respiratoire ne s'y est mêlée, l'air devient par sa stagnation même malsain à la respiration. « Il sent le moisi ! »

Mais que dire maintenant de l'air confiné d'une salle d'études ? Ce n'est pas seulement de l'air stagnant, c'est par surcroît de l'air *prérespiré*, pris, rendu, repris, vingt fois à la minute, par des poitrines humaines. C'est de l'air *ruminé*, de l'air souillé de toutes les émanations de tous, saturé d'acide carbonique; ce n'est plus de l' « air respirable, mais une sorte de saumure gazeuse » où il y a de tout, même des microbes !

Et c'est dans cette saumure que macèrent pendant de longues heures les poumons de nos enfants, dont l'organisme réclame d'autant plus impérieusement l'élément aérien que cet organisme est en pleine évolution, qu'il lui faut ainsi non seulement la ration d'entretien, mais la ration de croissance.

Et ce que je dis des enfants des villes est encore plus vrai des enfants de la campagne ; leur organisme exige de l'air d'autant plus pur qu'il ne connaît guère que celui-là, et n'est pas acclimaté à la malaria de nos villes. Aussi sont-ils les premières et les plus nombreuses victimes de ce que, par antiphrase, on appelle la « vie de pension ! » Et si cette infraction à l'hygiène était la seule ! Mais (je l'ai dit ailleurs et je le répète ici volontiers), il y a encore et surtout « les muscles au repos et la cervelle aux travaux forcés. »

Les « muscles au repos », c'est-à-dire la fibre musculaire s'amincissant et s'atrophiant — la circulation ralentie — la digestion languissante, la réparation amoindrie, la vitalité en péril. Alors, le bacille de Koch peut venir.

La « cervelle aux travaux forcés » nous en avons vu les conséquences morbides les plus ordinaires, quant au cerveau.

Eh bien, chez quelques-uns dont l'organisme est prédisposé à la tuberculose, celle-ci éclate et se localise sur l'encéphale : c'est la méningite tuberculeuse Ainsi, chez d'autres syphilitiques, la localisation de la diathèse se fera sur l'encéphale, comme mon savant ami Fournier l'a observé chez des candidats aux Ecoles d'enseignement supérieur.

Cependant, c'est le plus habituellement la *tuberculisation pulmonaire* qui se développe et, fait hautement accusateur, elle se développe chez des sujets dans la famille desquels cette maladie n'existe pas

J'ai cité dans mes leçons cliniques le fait d'un jeune homme de la Ferté-sous-Jouarre dont le père, la mère et la sœur sont exceptionnellement vigoureux et bien portants, qui s'est tuberculisé dans un de ces établissements où l'on fabrique des lauréats de Grand-Concours !

J'ai cité également le fait d'une jeune fille de Caudebec, elle aussi de souche campagnarde, remarquablement robuste, qui se tuberculisa dans un pensionnat de Passy.

J'y pourrais ajouter des cas analogues constatés par moi chez des jeunes sujets de Nogent-sur-Seine, de Mâcon, de Rouen, du Havre, etc., où le surmenage intellectuel et la vie sédentaire sont seuls incriminables.

On les dirait tous calqués les uns sur les autres.

Mais après la preuve la contre-épreuve. Il m'a été donné de voir la tuberculisation engendrée par le surmenage intellectuel et la vie claustrale de pensionnat, puis, à ma grande satisfaction, cette tuberculisation enrayée par l'existence inverse. Ainsi, il y a trois ans, on m'amenait une jeune fille de province qui s'était tuberculisée dans un couvent d'Angleterre : elle présentait des craquements humides sous les clavicules ; ses règles étaient supprimées ; mais de sa santé primitive elle avait conservé un magnifique estomac. Je prescrivis immédiatement le retour à la maison paternelle, la vie plantureuse et en plein air ; plus la médication révulsive. Un an

---

Michel Levy. Nous croyons que ni le Directeur actuel dont le Rapport déjà cité constitue à cette heure les œuvres complètes, ni son prédécesseur, quel que soit leur concept d'une égalité théorique, le poussent jusqu'à cette illusion que les Académies n'ont rien fait pour encourager.

***

Mais la conséquence regrettable et de tous les jours, c'est que les officiers, sous-officiers et soldats sont diagnostiqués et traités dans les plus grands hôpitaux militaires par une foule mêlée dont la bigarrure ne semble devoir inspirer qu'une confiance réduite.

Sur les 85 majors de première classe faisant service dans les hôpitaux militaires, 55 proviennent de l'ancien concours (1), 28 n'ont que l'aptitude, 2 n'ont ni concours ni aptitude.

Sur les 60 majors de deuxième classe également dans les hôpitaux, 7 viennent du concours, 23 n'ont que l'aptitude, et 30 n'ont ni concours ni aptitude. Ils ont été « nommés. »

Il existe même 4 ou 5 principaux qui n'ont pas eu de leur vie, appelons-la scientifique si vous le désirez, à diagnostiquer n'importe quoi devant un jury d'épreuve quelconque. Ils « ont passé. » On ne sait pas au vrai ce qu'ils contiennent. Ce n'est ni la visite sans contrôle, ni l'inspection annuelle qui dure l'espace d'un matin, ni la mortalité qu'on a toujours licence d'attribuer à des causes métaphysiques, qui permettent une jauge.

Sans doute il y a des gens de valeur hors du concours, et je n'imagine pas que la Médecine militaire où tant d'éléments excellents abondent, puisse être décapitée même par une mesure de faux jugement ; mais enfin le livre, les travaux antérieurs, le concours pratique de la salle des malades et de l'amphithéâtre, sont des éléments patents de détermination, des poids publics connus, titrés, et vous aurez beau me dire que c'est par modestie, timidité et autres ambages..., cette modestie sonne creux.

Elle est généralement mise en doute. On la soupçonne de vide.

Dr Amédée Chassagne.

(A suivre.)

(1) Annuaire de 1886. Une douzaine environ aujourd'hui ; les autres ont été mis dans les régiments pour se perfectionner en l'art des marches militaires, cibles et baignades.

plus tard, je la revis : disparition des signes physiques et réapparition des règles, embonpoint et fraîcheur revenus. Un an se passe encore, et on me la ramène, non point cette fois pour me demander de la faire vivre, mais d'autoriser médicalement un mariage projeté. Il me parut qu'on était un peu trop pressé, non moins que trop ambitieux, et je conseillais d'attendre, disant au père quelque peu humaniste : *Primo vivere, deinde nubere!*

En résumé, dans la rédaction des programmes universitaires, on n'a pas assez tenu compte des aptitudes naturelles moyennes; le surmenage cérébral, avec toutes ses conséquences morbides, en a été le résultat. Il faut réformer ces programmes.

Dans l'hygiène scolaire, on n'a pas assez tenu compte des besoins impérieux et tout matériels de l'organisme. Il faut réformer cette hygiène.

La jeunesse française, comme l'enfance, a besoin d'une loi Roussel.

A l'Académie de médecine d'avertir, aux pouvoirs publics d'aviser. Il y a péril. Nous ne devons pas laisser moissonner notre jeunesse dans sa fleur!

GYNÉCOLOGIE

Deux cas de polymastie chez la femme, par le docteur De Sinéty.

Les cas de polymastie chez la femme ne sont pas extrêmement rares, et on en a publié un nombre assez considérable d'observations (1). Plusieurs auteurs se sont occupés de cette curieuse anomalie et lui ont donné une interprétation et une signification étiolologique très différentes. La plupart, dans ces dernières années, à l'exemple de Darwin, ont voulu voir dans cette disposition un phénomène d'atavisme. Nous n'entrerons pas ici dans la discussion théorique de cette question, qui, dans l'état actuel de nos connaissances, est nécessairement hypothétique.

On peut se convaincre de la divergence d'opinions qui existe encore aujourd'hui parmi les hommes de science en lisant le compte rendu des discussions soulevées à la Société d'anthropologie par les communications de M. Blanchard sur ce sujet (2).

Les glandes surnuméraires siègent le plus souvent au-dessous des deux mamelles principales. On les a rencontrées également à l'aîne, à la partie externe de la cuisse, dans les régions axillaire et dorsale. Leur nombre est très variable; on en a vu jusqu'à quatre et cinq sur un même sujet.

Neugebauer a publié l'observation d'une femme qui présentait huit mamelles ou mamelons surnuméraires. Les figures qui accompagnent le mémoire de Neugebauer en augmentent l'intérêt et en facilitent la lecture (3).

Nous avons observé récemment deux cas de polymastie présentant certaines particularités qui nous ont engagé à en résumer les points principaux.

Première observation. — Albertine L..., âgée de 17 ans, réglée à 11 ans, née la huitième de huit enfants, tous bien conformés.

Ses parents étaient non plus d'aucune anomalie. Dans les ascendants, il y a eu sept enfants du côté maternel et six du côté paternel.

Cette jeune femme, de taille moyenne et bien proportionnée, présente un bassin normal, mais un système pileux pubien et axillaire peu développé.

Au-dessous des deux mamelles principales, qui sont assez volumineuses, on observe deux saillies, pigmentées, ombiliquées à leur centre, situées symétriquement de chaque côté. La distance entre la base de la mamelle principale et le mamelon surnuméraire mesure 4 centimètres, et 13 centimètres du mamelon surnuméraire au bord supérieur de la cicatrice ombilicale. Les deux mamelons surnuméraires sont à 4 centimètres l'un de l'autre, plus rapprochés que les mamelons principaux qui sont à 23 centimètres.

A la suite de l'accouchement, le 9 novembre 1885, d'un enfant avant terme, qui n'a vécu que deux jours, on constate un gonflement considérable des mamelles surnuméraires, qui sécrètent du lait comme les glandes principales. Pendant deux mois, la sécrétion a continué à se produire dans les quatre mamelles, à ce que nous a affirmé la malade.

Deuxième obs. — Marie H..., âgée de 22 ans, réglée à 14, ne présente aucun vice de conformation. Ses seins, d'un volume moyen, sont distants l'un de l'autre de 17 centimètres, mesurés d'un mamelon à l'autre.

Sur le sein gauche, on observe, au-dessous du mamelon principal, une saillie pigmentée, ombiliquée à son centre, représentant une aréole et un mamelon en miniature. La distance qui sépare la circonférence de l'aréole principale du mamelon surnuméraire est de 3 centimètres, de 2 centimètres de celui-ci à la base de la mamelle, et de 4 1/2 du centre du mamelon surnuméraire au centre du mamelon principal du même côté. L'aréole accessoire mesure 1 cent. 1/2 de diamètre. Si l'on exerce un frottement sur le mamelon surnuméraire, on voit se produire le phénomène du thélothisme (1). L'érection mamillaire est indépendante et ne se produit pas si l'on excite le mamelon principal, qui réagit isolément.

Cette femme nous dit être accouchée il y a dix mois d'un enfant à terme. Elle n'a pas observé si du lait était sécrété par la glande surnuméraire. Au moment de notre examen, on ne constate la présence d'aucun liquide dans les mamelles, pas plus dans les principales que dans l'accessoire.

La mère de notre sujet présentait, paraît-il, une disposition anomale absolument identique (2).

Ces deux cas, comme on le voit, sont très différents l'un de l'autre. Dans le premier, il s'agit de deux mamelles surnuméraires situées symétriquement au-dessous des principales, et ayant sécrété abondamment à la suite de la parturition. Nous ferons remarquer, à titre de curiosité, et sans y attacher plus d'importance, la grande fécondité des ascendants de cette femme.

Chez le second sujet, la glande accessoire est située sur la mamelle principale elle-même, et cependant présente une innervation indépendante, comme le prouve le phénomène du thélothisme localisé.

L'absence de sécrétion dans la glande accessoire ne doit pas nous étonner et ne prouve pas que la fonction ne puisse s'établir après un nouvel accouchement.

(1) Puech en a réuni 77 observations, et Leichstentern 105, en relevant tous les cas de polymastie ou de polythélie qui lui étaient connus, même lorsqu'ils étaient antérieurs au dix-huitième siècle.

(2) Blanchard, Bulletins de la Société d'antropologie, 1885-1886, t. VIII, p. 226, et t. IX, p. 485.

(3) Franz Neugebauer. *Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von Polymastie mit 10 Brust-warzen;* Centralblatt für Gynæcologie, 1886, p. 729.

(1) Des faits de cet ordre ont déjà été signalés. (Voir notre *Traité de gynécologie*, p. 951).

(2) On a rapporté plusieurs cas de polymastie héréditaire.

On a cité des cas de ce genre, où des glandes mammaires accessoires ne fonctionnaient qu'à une seconde ou troisième couche, étant restées silencieuses à la suite d'une première.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Tabes dorsalis.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

VI. SUR LA PARALYSIE DU MOUVEMENT DE CONVERGENCE DES YEUX, AU DÉBUT DU TABES DORSALIS, par le docteur A. DE WATTEVILLE (*Neurologisches Centralblatt*, 1887, nº 10, p. 218).—VII. UN SYMPTÔME DU TABES DORSAL « CÉRÉBRAL », NON ENCORE DÉCRIT, par le docteur SIGMUND ERBEN (*Wiener medic. Blætter*, 1886, nºs 43-44). — VIII. SUR LES MANIFESTATIONS INTESTINALES DU TABES DORSALIS, par C. ECKERT (*Inaugural-Dissertation*. Berlin, 1887. Analysée in : *Neurologisches Centralblatt*, 1885, nº 10, p. 231).—IX. L'ULCÈRE DE LA PLANTE DES PIEDS ET SES RELATIONS AVEC LE TABES DORSALIE, par le docteur HINZE (*Sant-Petersburger Medic. Wochenschrift*, 1886, nºs 26-28. —X. TROUBLES PARALYTIQUES CHEZ LES ATAXIQUES, par le professeur PIERRET, de Lyon (*Lyon-Médical*, 30 janvier 1885, nº 5, p. 158). — XI. LE TABES DORSALIS DANS LE JEUNE AGE, par le docteur M. FREYER (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1877, nº 6, p. 91). — XII. SUR LES RELATIONS ÉTIOLOGIQUES DE LA SYPHILIS AVEC LE TABES DORSALIS, par A. LEWINSKY (*Dissertatio-Inauguralis*. Berlin, 1886). — IDEM, par H. NAEGELI (*Dissertatio-Inauguralis, Zurich* 1887. Analysées in : *Neurologisches Centralblatt*, 1887, nº 10, p. 230). — TRAVAUX A CONSULTER.

VI. M. DE WATTEVILLE (Londres) relate une observation intéressante à maints égards, et dont voici une analyse sommaire :

Le sujet de l'observation, un homme de 36 ans, sous le coup de l'hérédité neuropathique, avait eu, il y a quelques années, des accès de diarrhée profuse (entorrhée) qui survenaient sans motif apparent. Pendant l'hiver 1881-1882, il a eu une première attaque de douleur fulgurante ; les douleurs sont revenues à de longs intervalles, accompagnées de troubles de la marche. Beaucoup de diarrhée. En janvier 1885, il éprouva subitement une douleur lancinante dans l'œil droit, comme si un corps étranger avait pénétré dans cet organe. Les douleurs se sont reproduites. Le malade avait de la difficulté pour lire à la lumière du gaz : on lui prescrivit l'usage de verres convexes, qui ne lui furent d'aucune utilité. Il se trouva mieux de verres prismatiques. Au mois de mars 1886, pendant qu'il était au théâtre, le malade eut un accès de diplopie. Il continuait d'avoir par moments des douleurs fulgurantes et de l'entorrhée. Un traitement mercuriel amena une amélioration passagère, suivie d'une période d'aggravation.

Au mois de janvier de cette année (1887), le malade consulta M. de Watteville. A cette époque, les symptômes objectifs se réduisaient à l'abolition du phénomène du genou, au défaut de reaction des pupilles à la lumière, et à l'impossibilité d'opérer la convergence des deux yeux. Un examen minutieux de l'appareil de la vision fut pratiqué par M. J. Anderson. En voici les principaux résultats :

Léger strabisme divergent de l'œil gauche ; mouvements latéraux et verticaux des yeux, normaux. Aucun des deux yeux ne fixe bien un objet placé à une distance de trois pieds ; à une distance plus rapprochée, il ne se fait plus de mouvement de convergence. Quand l'objet fixé n'est plus qu'à une distance de six pouces, l'œil gauche opère un mouvement de rotation en dehors ; en même temps, le malade accuse une sensation désagréable dans les yeux. Avec cela, pas de diplopie. Acuité visuelle intacte ; fond de l'œil normal.

Suivent quelques considérations sur la pathogénie de ce trouble des mouvements de l'œil et sur la localisation de la lésion centrale qui le tenait sous sa dépendance. L'auteur a fait ressortir qu'on n'a pas, jusqu'ici, publié d'exemple d'un pareil trouble de l'innervation de l'œil, survenu comme manifestation précoce du tabes. Il a fait remarquer aussi que l'impuissance habituelle du traitement spécifique contre ces paralysies des muscles de l'œil, symptomatiques du tabes dorsalis, constitue contre la doctrine de l'origine syphilitique de cette affection un argument de grande valeur, qui n'a pas été réfuté jusqu'à ce jour.

VII. Chez un homme de 51 ans, qui présentait des manifestations en rapport évident avec un tabes dorsalis (douleurs névralgiques, abolition du phénomène du genou, atrophie du nerf optique, paresthésie et anesthésie dans la zone innervée par la seconde branche du trijumeau), M. SIGMUND ERBEN a constaté en outre un symptôme qui n'avait pas été signalé jusqu'à ce jour : Le malade était sujet à des paresthésies de la gustation ; il percevait de temps en temps un goût sucré très désagréable, qu'il localisait d'abord dans l'arrière-gorge, mais qui semblait envahir peu à peu la cavité buccale d'arrière en avant, et qui affectait son intensité maxima le long du rebord de la langue. Cette sensation anormale se dissipait tantôt progressivement, tantôt subitement. Elle ne pouvait être attribuée, de l'avis de l'auteur, qu'à une dégénérescence des nerfs de la gustation, analogue à la dégénérescence d'autres nerfs périphériques qu'on observe dans beaucoup de cas de tabes, ainsi qu'en témoignent des observations nombreuses publiées dans le cours de ces dernières années. Peut-être la dégénérescence intéressait-elle le noyau du glosso-pharyngien.

Outre cette paresthésie de la gustation, le malade présentait par moments une perversion du sens de l'odorat, qui lui faisait croire au voisinage de matières fécales. A ce propos, M. Erben rappelle que M. Althaus, de Londres, a publié un fait du même genre (odeur du phosphore).

VIII. Après un court préambule historique, M. C. ECKERT relate quatorze observations de tabes dorsalis avec manifestations intestinales : crises gastriques, crises rectales chez huit malades. Ces observations ont été prises dans les services des professeurs Leyden et Westphal. L'auteur trace, d'après ces faits, un tableau d'ensemble des crises gastriques qui constituent un syndrome assez typique, contrairement à ce qui a lieu pour les crises rectales, dont la phénoménalité est sujette à beaucoup de variantes.

Au sujet des crises gastriques, M. Eckert reproche aux auteurs qui se sont occupés de ce syndrôme de n'avoir attaché une importance suffisante aux vomissements, qui constituent l'élément capital de ces crises, tandis que l'attention des observateurs s'est portée principalement sur les manifestations concomitantes. Charcot et Eichnorst, entre autres, ont constaté

chez des malades une aggravation des douleurs fulgurantes au moment des crises gastriques; M. Ecker n'a jamais constaté rien d'analogue chez ses malades. Par contre, les crises gastriques se sont toujours accompagnées de violentes douleurs de tête, siégeant tantôt d'un seul côté, tantôt des deux; presque toujours aussi les malades étaient pris de vertige, de sialorrhée, d'une soif ardente; assez souvent, de sueurs abondantes, principalement à la tête, de bâillements. Comme autres manifestations concomitantes des crises gastriques, M. Ecker signale: l'apparition de bluettes dans le champ visuel; la vision des objets en rouge sang ou en vert, la diplopie. Pendant les crises, les parois abdominales sont rétractées; elles sont tantôt en état d'anesthésie, tantôt en état d'hyperesthésie; quelquefois aussi les malades accusent des sensations anormales dans le ventre.

IX. M. Hinze a réuni 21 exemples de coexistence d'un tabes dorsalis avec une ulcération de la plante des pieds; il pose en fait que dans les cas de ce genre il ne saurait y avoir une coïncidence fortuite entre la lésion des centres nerveux et l'ulcération périphérique, que celle-ci est l'expression d'un trouble trophique développé sous l'influence de la première. M. Hinze développe les raisons qui parlent en faveur de cette manière de voir.

Dans les conclusions de son travail, l'auteur insiste sur la nécessité de rechercher d'autres signes ou symptômes du tabes, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un malade affecté d'un ulcère à la plante ou à la face dorsale. Des ulcérations de même nature se développent dans le cours d'autres affections caractérisées par une perturbation grave de la nutrition, — dans le diabète sucré, chez les alcooliques. Il reste à savoir si en pareils cas l'ulcère n'est pas en relation avec un tabes latent.

X. Dans une communication à la Société nationale de médecine de Lyon (17 janvier 1887), M. Pierret a défendu cette thèse: que certains troubles paralytiques, — impossibilité de se tenir debout, sans paralysie proprement dite des membres inférieurs, sans contracture, — sont en rapport avec la dégénérescence de la partie médiane des cordons postérieurs, de celle qui confine à la commissure postérieure. Depuis longtemps (1871-1872), M. Pierret, en se basant sur des recherches d'histologie et d'embryogénie, soutient que chaque cordon postérieur de la moelle se divise en deux faisceaux secondaires: l'un, médian, formé de fibres commissurales, l'autre, externe, formé de fibres radiculaires. Le faisceau médian reste insensible aux excitations, ainsi que l'avait constaté Chauveau, il y a plus de vingt-cinq ans (1861). D'après les recherches de M. Pierret, ces faisceaux médians, qui n'ont rien à voir avec les fonctions de sensibilité, sont d'autant plus développés qu'on s'élève davantage dans l'échelle des vertébrés; ils atteignent leur maximum de développement chez les singes anthropoïdes et chez l'homme. C'est à cette disposition anatomique que l'espèce humaine serait redevable du privilège qui réside dans la station debout. Faisant application de ces données à la pathogénie du tabes, M. Pierret conclut que suivant que la sclérose des cordons postérieurs débute par le système des fibres radiculaires externes (bandelettes externes) ou par le système des fibres médianes commissurales, les troubles de la station suivent ou précèdent les troubles de la sensibilité et de la coordination. Enfin M. Pierret croit avoir découvert une forme spéciale de sclérose des cordons de Goll, dans laquelle les troubles de la station et une parésie flasque des membres inférieurs constituent tout l'appareil symptomatique. On connaît aujourd'hui cinq faits de ce genre.

XI. M. Moritz Freyer donne une relation succincte de trois observations concernant des enfants d'une même famille affectés d'une maladie qui emprunte ses traits à la fois au tabes vulgaire et à la forme héréditaire de l'ataxie locomotrice.

Le plus âgé des trois malades (19 ans) n'avait présenté jusqu'à l'âge de dix ans d'autre manifestation pathologique que de l'incontinence nocturne d'urine (entre 3 et 4 ans). Il a eu ensuite des éruptions aux jambes, qui ont persisté jusqu'à l'âge de quatorze ans. Entre temps, il avait eu une tuméfaction à la jambe, qu'il avait fallu inciser; on fit sortir ainsi une grande quantité de pus. Depuis lors, il ne s'est jamais rétabli. A l'âge de seize ans, il fut examiné pour la première fois par M. Freyer. Celui-ci constata l'existence d'une insuffisance aortique, de l'incoordination motrice aux deux jambes, avec conservation de la force musculaire, l'abolition du phénomène du genou, du nystagmus, de l'anesthésie par places. Le malade se plaignait en outre d'une sensation de constriction en ceinture, de douleurs passagères dans les coude-pieds, douleurs qui n'avaient jamais revêtu le caractère lancinant.

Un frère du malade, âgé de seize ans, a toujours eu une démarche vacillante. Depuis le jour où il s'est mis à fréquenter l'école, on s'est aperçu qu'il était très maladroit de ses mains; des échantillons de l'écriture du malade sont annexés au travail de l'auteur. L'incoordination motrice aux quatre membres est très nette. Le malade est dans l'impossibilité de marcher sans le secours d'un appui. Il ne peut pas se tenir d'aplomb, les yeux fermés.

Les mouvements passifs sont entièrement libres. Abolition du phénomène du genou et du phénomène du pied, des deux côtés: nystagmus. Troubles vagues de la sensibilité. Par moments, phénomènes de paresthésie. Intelligence intacte.

Un autre enfant de la même famille, âgé de 9 ans, avait quelque chose de choréique dans son maintien et dans ses mouvements. Le phénomène du genou était difficile à provoquer; le corps se mettait à osciller quand l'enfant fermait les yeux. Pas d'autres manifestations pathologiques.

La recherche des antécédents neuropathiques chez les parents et les grands-parents n'avait abouti qu'à des résultats négatifs. Deux enfants (sur huit) avaient été sujets à des éruptions cutanées. Cette circonstance avait suggéré à l'auteur le soupçon d'une syphilis congénitale, sous l'influence de laquelle se serait développée la maladie nerveuse chez les trois frères. Les renseignements tirés des parents étaient en contradiction formelle avec cette hypothèse.

XII. La question des rapports étiologiques du tabes dorsalis et de la syphilis est encore très controversée. Au sujet de la fréquence des antécédents syphilitiques chez les malades affectés du tabes, on a publié des statistiques qui conduisent aux conclusions les plus contradictoires. D'après ces documents, la syphilis a été notée dans les antécédents des tabétiques, dans des proportions variant de 0 à 100 0/0, ainsi que nous l'avons montré dans une Revue générale, parue il y a environ deux ans: (*Revue des sciences médicales*, 1885, t. XXVI). On n'arrivera à se former un jugement exact sur ce rapport de fré-

quence qu'en multipliant les enquêtes dirigées sur ce point spécial, et en les conduisant avec toute la rigueur exigible.

M. Lewinsky a publié une statistique qui porte sur 220 cas de tabes. La recherche des antécédents syphilitiques a donné les résultats suivants :

Syphilis antécédente non douteuse, dans 7,58 0/0 des cas.
— — douteuse — 3,54 0/0 —

Total....... 11,26 0/0
Chancre mou, dans 6,61 0/0 des cas.
Ni chancre, ni syphilis, — 80,85 0/0 —

La statistique de M. Naegeli comprend 1,403 cas de tabes, dont :

46o, 7 % avec antécédents syphilitiques non douteux.
66o » en y ajoutant les cas douteux.

La recherche des antécédents syphilitiques chez 1,450 malades qui ne présentaient aucune manifestation imputable au tabes, a donné les résultats suivants :

Syphilis antécédente non douteuse. 9,5 0/0 des cas.
— — douteuse, 12,7 »

Total..... 22, 2 0/0

L'auteur conclut qu'il y a lieu d'attribuer à la syphilis une place importante parmi les influences étiologiques qui interviennent dans le développement du tabes, mais qu'on ne saurait la considérer comme la cause unique de cette maladie.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

Contribution à l'étude du pied tabétique, par M. Devis. (Thèse de Paris, 1886). — *De l'épiphora ataxique*, par M. Patrolacci. (Thèse de Montpellier, 1886). — *Une observation de tabes viscéral*, par le docteur J. Seglas (*Revue de médecine*, août 1886). — *Sur l'atrophie musculaire neurotique dans le tabes dorsalis*, par le docteur Remak (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1887, no 16 (27 juin), p. 462.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude des plaies des tendons, par M. L. Christine. — Thèse de doctorat. Paris, 1886.

L'auteur insiste sur la recherche des bouts tendineux et les erreurs qu'elle peut entraîner, et il cite une observation recueillie chez le professeur Trélat :

Un garçon de 18 ans est blessé à la face dorsale de la main droite : La plaie guérit rapidement et le malade conserve une paralysie complète des extenseurs des troisième et quatrième doigts.

M. Trélat, un mois et demi après l'accident, porte le diagnostic de section des tendons extenseurs. En opérant, il trouve le bout des tendons de l'annulaire réunis par un tractus fibreux et le tendon du médius divisé en partie seulement. On fait une réunion plus exacte des tendons blessés et, après quelques séances d'électrisation, le malade guérit.

D'où « dans le cas de section tendineuse présumée, mais non visible, ne jamais se décider à l'opération avant d'avoir vérifié le diagnostic par l'électricité ».

Etude critique sur l'étiologie et la pathogénie des maladies tropicales attribuées a la filaire du sang, par A. Calmette. — Thèse de Paris, 1886.

Depuis une quinzaine d'années, la pathologie exotique s'est enrichie d'un certain nombre de travaux sur un groupe de maladies autrefois désignées sous le nom générique de « lymphoses ». La découverte de la filaire de Wucherer au Brésil et surtout les récentes observations de Patrick Manson, médecin des douanes chinoises, tendent à faire jouer à ce nématode un rôle considérable dans l'étiologie et la pathogénie de ces affections.

La « bilharzia hœatobia filaria sanguinis hominie » a, d'après ce dernier auteur, son habitat dans un vaisseau lymphatique : les œufs et les embryons parfaits sont charriés jusqu'aux ganglions où ils n'éprouvent aucune difficulté à traverser en raison de leur extrême ténuité et se rendent finalement par la voie du canal thoracique dans le sang lui-même. Arrêtés dans leur développement, ils doivent être aspirés par les moustiques chez lesquels ils subissent la seconde phase de leur évolution. De jeunes filaires, sortant du cadavre de ces derniers, sont absorbées par l'homme soit avec l'eau de boisson, soit par la voie cutanée. De l'estomac ou des tissus de son hôte définitif, le parasite se fraye vite un chemin jusqu'aux vaisseaux lymphatiques. Des myriades d'embryons ne tardent pas à se produire que des moustiques devront encore absorber pour les aider à accomplir leurs métamorphoses.

La filaire jouerait dans les lymphatiques un rôle absolument mécanique. Avec une obstruction partielle du vaisseau, elle donnerait les varices, le lymphoscrotum, la chylurie et les engorgements ganglionnaires; avec une obstruction totale, elle pourrait faire naître la lymphorrhagie, voire même l'éléphantiasis.

M. Calmette, s'élevant contre une généralisation qui lui paraît peu justifiée, s'efforce de démontrer qu'il est possible d'expliquer l'apparition de phénomènes morbides semblables sans l'intervention des filaires. L'expression de lymphose ne lui convient pas plus que celle de filariose pour désigner les dilatations variqueuses, les œdèmes blancs, les thromboses lymphatiques, les lymphangites avec ou sans érysipèle, les lymphorrhagies, la chylurie ou lymphurie, les hydrocèles chyleuses, les tumeurs lymphatiques à poussées inflammatoires, l'éléphantiasis, et, avec son maître M. Corre, en attendant mieux, il préfère désigner ces affections sous le nom de lymphatexie (disposition au lympbatisme) endémique des pays chauds qui a l'avantage de ne préjuger en rien de leur nature intime.

Ch. Amat.

Ligaments ronds de l'utérus, par M. Beurnier. Thèse de doctorat. Paris, 1886.

Cette thèse débute par une étude minutieuse de l'anatomie du ligament rond, et l'auteur insiste sur la disposition du ligament dans l'anneau inguinal. A ce niveau existe un petit faisceau musculaire dont la base d'insertion repose sur l'épine pubienne et dont le sommet se fixe par un petit tendon sur la face supérieure de l'arcade de Fallope. Au-dessous et en arrière de ce faisceau est le ligament rond ; au-dessous et un peu au-devant du ligament est un lobule adipeux, constant.

Quant au canal de Nuck, comme l'a montré Duplay, il n'existe pas. On a dit que dans l'opération d'Alexander le ligament rond ne glissait pas sous le péritoine pelvien qui l'engaînait et que, lorsqu'on l'attirait à l'extérieur, on tiraillait la séreuse et on courait risque de l'ouvrir. Or, cela est trop absolu, et Beurnier afirme qu'en dehors des cas où il y a en inflammation assez violente pour provoquer des adhérences, on peut, sans léser le péritoine, réséquer 5, 7 8 centimètres du ligament rond.

Actuellement, on doit considérer la découverte du ligament rond comme toujours possible : l'opération d'Alexander-Adam est parfaitement réglée « comme une ligature d'artère ». Voici comment il l'a décrit :

1o Incision de la peau de 4 à 5 centimètres, parallèle à l'arcade crurale, et dont le milieu correspond à l'épine du pubis ;

2o Incision des parties molles ;

3o Reconnaissance de l'anneau inguinal externe ;

4o Reconnaissance du lobule graisseux, ou dissection de la graisse au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ;

5o Reconnaissance du ligament rond ;

6o Isolement du ligament, quelquefois section (une ligature au catgut sur la partie la plus reculée de la portion dénudée préviendra les suites fâcheuses d'une blessure accidentelle du péritoine ;

7o Redressement de l'utérus ;

8o Suture du ligament à l'anneau ;

9o Suture superficielle, pansement, pessaire.

En résumé, étude consciencieuse, très travaillée et de valeur, et c'est d'après des résultats de recherches anatomiques nombreuses (90 cas) que l'auteur critique avec autorité les diverses objections faites à à l'opération d'Alexander.

De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire ; son traitement, par G. Zipfel. — Thèse de doctorat. Paris, 1886.

Le traitement de l'ankylose de la mâchoire inférieure par la création d'une pseudarthrose au niveau de l'articulation temporo-maxillaire ne mérite plus l'appréciation de Sarrazin : « C'est une témérité permise seulement aux grands chirurgiens ». Cependant le sujet a été peu étudié en France, et c'est dans la littérature étrangère (allemande, anglaise, italienne) que Zipfel a dû chercher les documents très nettement exposés dans sa thèse.

L'ankylose de la mâchoire est due à des causes multiples : arthrite traumatique, rhumatismale, tuberculeuse, otite moyenne, maladies infectieuses, ostéomyélite, enfin les luxations irréductibles. Le pronostic est grave à cause des troubles de nutrition de l'articulation des sons, de la respiration ; enfin il est un accident redoutable, les vomissements, qui peuvent entraîner une asphyxie immédiate à cause de l'obstacle créé par la fermeture de l'orifice buccal.

Deux méthodes opératoires, l'ostéotomie, la résection, ont été dirigées contre cette affection. L'ostéotomie comprend quatre procédés ; elle peut être : 1o Linéaire, du col du condyle ; 2o cunéiforme du col du condyle ; 3o linéaire de l'apophyse coronoïde ; 4 linéaire du col du condyle et de l'apophyse coronoïde à la fois.

De même pour la résection du condyle, qu'on a pratiquée seule ou accompagnée de la résection de l'apophyse coronoïde.

L'étude critique de 5 cas d'ostéotomie et de 21 cas de résection (ces 26 observations sont rapportées en détail dans ce travail), montre que la résection est la seule opération qui donne des résultats satisfaisants et permanents. Mais la pratique en est délicate, et l'auteur propose :

1o Incision qui part de la racine sus-glénoïdale de l'arcade zygomatique, s'arrête à 4 cent. plus bas, légèrement oblique en avant, ne dépassant pas le tissu cellulaire sous-cutané pour épargner sûrement la branche nerveuse temporo-faciale qui croise à un doigt de l'interligne (recherches personnelles) ; si l'on doit attaquer l'apophyse coronoïde, on ajoute un trait horizontal de 3 cent. longeant le zygoma, et par conséquent inoffensif ;

2o Reconnaître et écarter les lobules de la glande parotide, récliner à l'aide d'un crochet mousse le tronc nerveux ; le col et le condyle sont alors accessibles ;

3o On décolle le périoste avec la rugine tout autour de l'os, et on évite ainsi l'artère maxillaire interne qui reste soigneusement protégée ;

4o On passe une sonde cannelée courbe, et dans sa racine on fait glisser une scie à chaîne. En opérant ainsi, la cavité buccale ne communique point avec la plaie que l'on peut traiter ainsi par un pansement antiseptique.

Peut-être, dans les cas où cette opération ne paraîtrait pas applicable, pourrait-on tenter l'ouverture forcée de la bouche et la rupture de l'os dans le voisinage de l'ankylose (l'auteur donne la description de l'ostéoclaste destinée à cette opération).

De l'incision des abcès de la région ano-rectale, par M. de Barran de Muratel. — Thèse de doctorat, Paris, 1886.

Faget, en 1743, avait conseillé d'inciser ou fendre l'intestin pour procurer sa réunion avec les parties voisines dans le cas d'abcès du fondement où le rectum est à découvert.

Dans un long historique, l'auteur nous montre que cette méthode acceptée avec restriction depuis Faget jusque vers 1830, puis délaissée presque complètement, a été appliquée ces dernières années avec le plus grand succès. Et il conclut : Tout abcès de la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe dont après incision il devient l'équivalent. La région étant désinfectée, on ponctionnera l'abcès au thermo-cautère, et tous les décollements seront incisés au thermo-cautère sur la sonde cannelée ; on évitera d'inciser le sphincter en deux endroits.

Maubrac.

Essai historique et critique sur le délire des persécutions, par le docteur E. Manière. — Thèse de Paris, 1886.

Cette thèse ne renferme rien de saillant et se borne à reproduire l'historique tant de fois fait de certaines épidémies d'hystéro-démonopathie du moyen âge, ainsi que les données cliniques, admises par tous aujourd'hui, qui ont trait à l'évolution par étapes successives de la folie partielle ou délire chronique.

De l'homicide chez les persécutés, par le docteur Louis Pélegry. — Thèse de Paris, 1886.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Deux types principaux sont à considérer dans le délire des persécutions :

1o D'un côté, les malades qui n'ont pas su donner un corps à

leurs idées de persécution. Ceux-ci ne sont pas dangereux pour leurs semblables, ce sont des persécutés passifs.

2° D'un autre côté, les malades qui précisent, qui en veulent à une ou plusieurs personnes qu'ils ont déjà attaquées, soit dans leurs lettres, soit dans leurs discours. Ceux-là sont éminemment redoutables pour la Société. Ils commettent des homicides.

Ces homicides, ils les commettent soit sous l'empire des hallucinations, soit par impulsion, soit encore sous la pression de leurs idées délirantes spéciales, dont les plus dangereuses sont : l'hypochondrie et la crainte d'empoisonnement.

Leur façon de procéder dans le meurtre se modifie suivant l'idée délirante prédominante.

Au point de vue médico-légal, le persécuté qui commet un crime est irresponsable.

Cette irresponsabilité est souvent fort difficile à établir, ou du moins à faire admettre aux juges.

ÉTUDE SUR LES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS, par le docteur PAUL POTTIER. — Thèse de Paris, 1886.

Thèse très intéressante, faite sous l'inspiration de l'éminent clinicien, M. J. Fabret, et consacrée à l'étude clinique et médico-légale de cette variété d'aliénés si intelligemment dangereux qu'on désigne depuis Ch. Lasègue sous le nom d'aliénés persécuteurs.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le délire de persécution est une forme distincte de maladie mentale, ayant ses périodes déterminées et son évolution spéciale;

2° Les aliénés atteints de délire de persécution deviennent souvent persécuteurs quand ils ont personnifié leur délire;

3° Il convient d'admettre cliniquement deux catégories distinctes d'aliénés persécuteurs : les uns hallucinés et suivant l'évolution morbide du délire de persécution essentiel; les autres se rattachant aux folies raisonnantes, non hallucinés, et présentant la plupart des caractères des aliénés héréditaires;

4° Cette distinction clinique est utile en médecine légale, en fournissant au médecin les éléments d'un diagnostic plus rigoureux.

Elle lui permet de baser son jugement non seulement sur l'appréciation du fait incriminé, mais sur l'ensemble des symptômes et sur la marche de la maladie, en rattachant le cas particulier soumis à son examen à l'une des deux catégories précédemment décrites.

E. RÉGIS.

DE LA PATHOGÉNIE ET DE LA CURABILITÉ DE L'ASCITE, par le docteur DE PRADEL. — Thèse de Paris, 1886.

Au début de la cirrhose alcoolique du foie, il peut exister une ascite qui, spontanément ou sous l'influence du traitement, disparaît temporairement ou définitivement.

Dans ces cas, l'ascite n'est pas produite par une gêne centrale intra-hépatique de la circulation des vaisseaux-portes. Elle reconnaît pour cause des troubles apportés dans la circulation des branches d'origine de la veine-porte, c'est-à-dire une gêne périphérique, extra-hépatique de cette circulation.

Si le processus scléreux et atrophique augmente dans l'intérieur du foie, les capillaires-portes intra-hépatiques sont alors obstrués d'une façon complète, et l'ascite ne guérit pas.

A. M.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante, avec prière de l'insérer :

Paris, le 27 juin 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le FIGARO du 27 juin contient un entrefilet relatif à une prétendue *découverte* dont il m'attribue le mérite. Il s'agit tout simplement de l'emploi du sommeil hypnotique ou de la suggestion pour pratiquer certaines opérations chirurgicales, sans douleur et sans chloroforme, sur les sujets prédisposés.

Une observation publiée le 16 avril dernier dans la GAZETTE MÉDICALE par mon interne, M. Guinon, a été le point de départ de cette singulière erreur que rien n'autorisait.

Il n'est pas de médecin, en effet, qui ne sache que ces faits, très intéressants d'ailleurs, n'ont rien de nouveau, et que s'ils méritent par leur rareté d'être consignés dans les recueils scientifiques, ils ne sont pas de nature à émouvoir l'opinion publique.

On ne peut donc que déplorer l'intervention toujours inopportune et souvent puérile de la presse mondaine dans des questions qui lui sont étrangères.

Elle est l'origine d'erreurs grossières pour le public, et je dois ajouter qu'elle est très désobligeante pour ceux qui (comme moi dans cette circonstance) s'y trouvent momentanément associés.

Veuillez agréer, etc.

Dr S. POZZI,
Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de Lourcine.

NOTES & INFORMATIONS

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE — Il est institué auprès du ministre du commerce et de l'industrie un Comité chargé d'assurer la participation de la France au Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (section d'hygiène).

Ce Comité est composé de la manière suivante :

Président d'honneur : M. Pasteur.

Président : M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Vice-présidents : MM. Nicolas, conseiller d'État; Monod (H.), directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur; Proust, inspecteur général des services sanitaires; Chauveau, membre de l'Institut.

Secrétaire : M. Napias, secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

Secrétaires-adjoints : MM. A.-J. Martin, secrétaire général adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle; Paul Roux, sous-chef de bureau de l'hygiène publique.

Membres : MM. Arnould, professeur d'hygiène à Lille; Ballet (Gilbert), médecin des hôpitaux de Paris; Bourneville, député; Cernesson, architecte; Chamberland, chef du laboratoire de M. Pasteur; Chassaing, conseiller municipal de Paris; Chautemps, conseiller municipal de Paris; Chevallereau, secrétaire de la rédaction de la *France médicale*; Colin (Léon), membre de l'Académie de médecine; Cornil, sénateur, professeur à la Faculté de médecine de Paris; De Ranse, directeur de la *Gazette médicale de Paris*; Drouineau, chirurgien en chef des hôpitaux de la Rochelle; Du Mesnil, médecin

de l'asile de Vincennes; Durand-Claye (Alfred), ingénieur en chef des ponts et chaussées; Gestin, directeur du service de santé et président du Conseil supérieur de santé de la marine; Ch Girard, directeur du laboratoire municipal de Paris; Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Heurot, professeur à l'Ecole de médecine de Reims; Laborde, directeur des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Paris; Lacassagne, professeur à Lyon; Layet, professeur d'hygiène à Bordeaux; Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire de médecine;* Marey, professeur au Collège de France; Nocard, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort; Pamard, chirurgien en chef de l'hôpital d'Avignon; Peyron, directeur de l'Assistance publique de la ville de Paris; Poincarré, professeur d'hygiène à Nancy; Gabriel Pouchet, professeur agrégé à Paris; Richard, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce; Robinet, conseiller municipal de Paris; Rochard, ancien inspecteur général du service de santé de la marine; Strauss, conseiller municipal de Paris; Trélat (Emile), directeur de l'école d'architecture; Vallin, membre de l'Académie de médecine, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique.

— Congrès national scientifique du Havre. — La Société d'hygiène du Havre, sous le patronage de la chambre de commerce, va provoquer la réunion d'un Congrès dont le but serait la mise en progrès de la question des quarantaines maritimes.

La discussion envisagera :

1° L'instruction pour le personnel navigant, avec les chapitres suivants :

1er chapitre (*a*) : Devoirs et attributions du médecin du bord; (*b*) devoirs et attributions du capitaine du bord en l'absence du médecin.

2e chapitre (*a*) : Précautions pour empêcher l'invasion d'une maladie pestilentielle à bord du navire pendant son séjour dans un port contaminé; (*b*) précautions à prendre en cas d'invasion de cette maladie à bord, pour en empêcher la propagation.

Isolement des malades.

Substances désinfectantes (doses et mode d'emploi); désinfection des objets contaminés, des logements, etc.

Etuves à désinfection.

2° Pièces annexes.

Ces pièces donnent l'état actuel des concessions que se sont faites les différentes nations et les conclusions adoptées soit à la conférence de Rome, soit au Congrès d'Anvers, à savoir :

Le règlement et l'instruction proposés par le docteur Proust (conclusions de la conférence de Rome, 1884).

La reproduction des conclusions votées à Anvers en 1885, conclusions qui servent de base à nos projets, et par conséquent au Congrès du Havre.

Le Congrès se réunira au Havre les 5 et 6 août prochain. Chaque délégué aura à s'adresser, à l'arrivée, au secrétariat de l'exposition maritime, où une carte lui sera délivrée en échange de sa lettre de crédit.

— Voici le nom des candidats qui se sont fait inscrire pour les concours de clinicat :

Clinicat chirurgical. — MM. Beurnier, Michaux, Ozenne, Phocas.

Clinicat médical. — MM. Caron de la Carrière, Dalché, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Gallois, Pignol et Martinet.

Clinicat des maladies nerveuses. — MM. Berbez et Gilles de la Tourette.

— Les amis et les élèves de M. le professeur Bouchard se réuniront aujourd'hui 2 juillet dans un banquet à l'Hôtel Continental, en l'honneur de son élection à l'Académie des sciences.

R. F. R.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté a désigné le jury d'examen suivant pour siéger en juillet-août à Nantes, Caen et Rennes :

1° Premier doctorat (Nantes, Caen, Rennes). Gautier, Gariel, Blanchard.

2° Deuxième doctorat, 2e partie (Nantes). Gautier, Mathias-Duval, Ch. Richet.

— MM. Lutz et Bourgoin, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pendant la session de juillet, pour siéger dans les jurys d'examen de premier doctorat.

— Un concours pour deux places de médecin suppléant à l'hôpital de Clermont-Ferrand s'ouvrira le 15 novembre prochain.

Comité consultatif d'hygiène. — Par arrêté du ministre du commerce et de l'industrie, en date du 17 juin 1887, et conformément aux propositions présentées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, M. Grancher, professeur à l'Ecole de médecine, auditeur près le Comité d'hygiène, a été nommé membre dudit Comité, en remplacement de M. le docteur Gallard, décédé.

Concours du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira le 1er octobre prochain, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de clinique médicale.

Les médecins-majors sont seuls admis au concours.

Les épreuves sont déterminées ainsi qu'il suit :

1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire ;

2° Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires ;

3° Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints, l'un d'une maladie aiguë, l'autre d'une affection chronique.

Leçon sur les deux cas observés.

4° Autopsie cadavérique, avec démonstration (médico-légale, s'il y a lieu) des lésions qu'elle révèle. Examen macroscopique et microscopique de pièces anatomiques.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Les médecins militaires qui désireront prendre part au concours devront adresser immédiatement au ministère de la guerre (direction du service de santé) une demande régulière, accompagnée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Concours de chef des travaux anatomiques. — Ce concours s'ouvrira le 11 juillet. Le jury se composera de MM. Cornil, Duplay, Farabeuf, Lannelongue, Mathias-Duval, juges titulaires, et de MM. Guyon, Le Fort et Trélat, juges suppléants. Le candidat, unique, est M. Poirier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris

M. Panas. Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée.— M. Dutremblay. Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 19 AU SAMEDI 25 JUIN 1887

Fièvre typhoïde 10.—Variole 5 — Rougeole 31.— Scarlatine 5. — Coqueluche 11.— Dipthérie, croup, 21. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 179.— Autres tuberculoses 25. — Tumeurs : Cancéreuses 49. — Autres 6. — Méningite 32. — Congestion et hémorr. cérébr. 41. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 7.— Maladies organiques du cœur 63.— Bronchite aiguë 22. — Bronchite chronique 21. — Broncho-pneumonie 21. — Pneumonie 28 — Gastro-entérite : Sein 23. — Biberon 49. — Autres 6. — Fièvre et périt. puerpérales 5.— Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 12. — Sénilité 19. — Suicides 16. — Autres morts violentes 13.— Autres causes de mort 168. — Causes inconnues 14. — Total de la semaine : 909 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

M. PASTEUR. *Sa nouvelle méthode dite méthode intensive peut-elle communiquer la rage? Réponse à cette question*, par le docteur Constantin James, ancien collaborateur de Magendie. Brochure in-8. — Prix : 1 fr. — Paris, Lahure, éditeur, 9, rue de Fleurus.

Les aliénés voyageurs, essai médico-pshycologique, par le docteur Philippe Tissié, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Paris, Octave Doin, 1887.

Manuel de technique microscopique ou Guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope dans ses applications à l'histologie humaine et comparée, à l'anatomie végétale et à la minéralogie, par Latteux (Paul), troisième édition, avec introduction du professeur Trélat et 385 figures. Un vol. in-8. — Prix : 13 fr. — Paris, 1887, librairie Alex. Coccoz, 11, rue de l'Anc.-Comédie.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8· avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié Recherches cliniques au point de vue de l'accouchement artificiel, par le docteur Félice La Torre, membre correspondant étranger de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. Un volume grand in-8 de 350 pages, avec planches et sept grands tableaux hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE INTERNE

NOTE SUR UN CAS DE CANCER PRIMITIF DE LA PLÈVRE ET DU PÉRICARDE.

Le cancer primitif de la plèvre est une affection dont le diagnostic présente parfois de réelles difficultés, et d'abord parce qu'on le rencontre rarement en clinique; en second lieu, parce que les troubles fonctionnels et les signes somatiques par lesquels s'accuse la néoplasie pleurale à son début et même durant une période parfois longue de son évolution, n'ont souvent rien de caractéristique; ils sont pour ainsi dire d'ordre banal, communs à une foule d'autres lésions intra-thoraciques, et comme ils peuvent occuper seuls la scène pendant longtemps, le diagnostic reste incertain ou même erroné, jusqu'à ce que l'état général du sujet, l'adénopathie sus-claviculaire, un épanchement hémorrhagique persistant, viennent révéler le cancer. Au reste, cette diversité des symptômes initiaux et cette incertitude du diagnostic qui en est la conséquence, constituent un trait commun à l'histoire clinique de tous les cancers viscéraux, mais il se retrouve, ce nous semble, particulièrement accentué dans l'évolution du cancer primitif pleuro-pulmonaire.

Il suffit pour s'en convaincre de parcourir attentivement les observations cliniques. On y voit que si tous les cancers de la plèvre se présentent à leur phase ultime avec à peu près le même cortège de symptômes, ils commencent de manières bien diverses. En comparant les faits, on est dès l'abord frappé de leur très grande dissemblance en ce qui concerne les premiers troubles accusés par les malades. Tantôt il s'agit de phénomènes dyspnéiques à paroxysmes nocturnes; l'examen du thorax est négatif, et l'on croit à des accès d'asthme. Tantôt c'est une névralgie intercostale qui ouvre la scène, ou bien une pleurésie à début bruyant, aigu, s'accompagnant d'un épanchement séro-fibrineux, et l'on admet une pleurésie simple. Ainsi l'erreur de diagnostic se double parfois d'un pronostic fatalement démenti.

Le cancer de la plèvre s'affirme fréquemment par une *pleurésie hémorrhagique*. C'est là, à coup sûr, une des formes les plus favorables à la détermination précoce du diagnostic. L'épanchement hémorrhagique une fois reconnu, trois hypothèses doivent être envisagées : S'agit-il d'une lésion cancéreuse? Ou d'une pleurésie tuberculeuse? Ou bien d'un hématome pleural, d'une pachypleurite simple hémorrhagique?

Bien que posé sous cette forme plus restreinte, le problème n'est pas toujours facile à résoudre. Dans un mémoire paru dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (1), M. Dieulafoy en a méthodiquement discuté les termes et montré les difficultés. Si la pleurésie hémorrhagique persiste, l'hypothèse d'un hématome pleural se trouve, dit-on,

(1) GAZETTE HEBDOMADAIRE (avril et mai 1885).

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite et fin. — Voir les numéros 26 et 27.

III

Peu à peu, dans le grand public militaire, quand on voit un médecin qui a fait ses preuves au grand soleil, qui a lu et travaillé — et guéri — remplacé à l'hôpital par le médecin de régiment du coin, sans autre raison que de remettre le premier au diagnostic des ampoules et le second à celui des affections du cœur, peu à peu s'élève cette idée que le premier venu ne doit pas « se faire la main » sur l'officier, le sous-officier et le soldat, que le Parlement n'a pas voté l'Autonomie pour cela, bien au contraire.

Et si l'on fait une statistique, non pas de la mortalité en France, Algérie, Tunisie et autres lieux, statistiques que l'on mêle à plaisir, non plus de la mortalité des hôpitaux civils et militaires, que l'on fusionne de même, mais des hôpitaux militaires de France seuls, par rapport aux malades traités en 1879-82 et 1883-86, par exemple, il surgirait des doutes, il s'éveillerait des créances que les décès ont pu s'élever en raison directe de l'abolition du concours qui durait 20 jours à Paris et des aptitudes constatées entre deux trains, d'un cœur léger sous les latitudes les plus diverses. La 7e Direction a les éléments nécessaires pour établir ce Synoptique; vraisemblablement (et nous ne pouvons que raisonner par hypothèse), il démentirait tristement l'égalité devant la toise des tailles de l'intelligence clinique.

* *

Certes, il est difficile de faire entendre des critiques aux Directeurs. Et on peut leur pardonner beaucoup à cet égard : leur milieu, leur air respiré, est l'éloge. Ils vivent murés d'un cercle formidable d'admirateurs à admiration continue.

Cette courtisanerie détestable gâte leur oreille.

Ils se déforment bien vite à croire à leur infaillibilité; ils se découvrent sous la pression de l'antichambre des capacités inédites. On les révèle à eux-mêmes.

Dès lors, toute critique leur paraît une attaque entachée de malveillance.

écartée par le seul fait de la persistance et de la reproduction indéfinie de l'épanchement. Par contre, il n'est pas toujours aisé d'éliminer la tuberculose; l'observation publiée par M. Dieulafoy en est la preuve. Celle que nous allons rapporter montre aussi, ce nous semble, que la pleurésie hémorrhagique cancéreuse n'a pas toujours les allures cliniques qu'on a coutume de lui assigner et par lesquelles elle se différencierait des autres variétés de pleurésie hémorrhagique.

Enfin, l'origine de l'hémorrhagie dans les cas d'épanchements hématiques liés au cancer de la plèvre paraît n'être pas toujours la même. La pathogénie en a été diversement interprétée. Les uns ont admis que le sang épanché provenait de la rupture des vaisseaux du néoplasme; les autres ont invoqué un afflux congestif de la plèvre, provoqué par la présence irritante du cancer. Tout récemment, M. Moutard-Martin soutenait, à propos d'une communication faite à la Société anatomique, que, dans la majorité des cas, l'épanchement hémorrhagique doit être mis sur le compte, non de la tumeur elle-même, mais de la pachypleurite concomittante; qu'il était produit et entretenu par la rupture des vaisseaux néoformés dans l'épaisseur des néo-membranes pleurales.

On peut donc dire que l'histoire du cancer primitif de la plèvre présente encore au point de vue anatomique et clinique quelques inconnues réelles. C'est à titre de simple document que nous avons cru devoir publier l'observation suivante, recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître, M. le docteur Constantin Paul:

Pleurésie hémorrhagique. — Suppression de l'épanchement après une ponction; guérison apparente. — Mort trois mois après. — Autopsie: cancer primitif de la plèvre et du péricarde.

Observation. — Le 1er septembre 1886, entrait à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Elisabeth, lit n° 7, une femme âgée de 56 ans, domestique, qu'une gêne respiratoire incessante obligeait depuis plusieurs jours à garder le lit.

L'interrogatoire de cette malade ne révélait rien d'important au point de vue de ses antécédents héréditaires. Voici son histoire personnelle dans ses principaux traits:

Guill... P... n'a eu jusqu'à ces derniers temps aucune maladie grave. Elle n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni rhumatisante.

Réglée à 18 ans et toujours bien réglée, elle a eu sept enfants venus à terme. Elle n'a éprouvé durant ses grossesses non plus qu'après ses couches aucun accident dont elle ait gardé le souvenir. Il y a une dizaine d'années que l'écoulement menstruel a cessé. A l'époque de la ménopause, elle eut une bronchite légère et qui disparut sans traitement. En somme, la santé de cette femme a toujours été bonne.

Dans le courant du mois de juin dernier, P... remarqua qu'elle perdait l'appétit, qu'elle maigrissait un peu. Cet amaigrissement, cette diminution de l'appétit, peu marqués il est vrai, persistèrent durant les mois de juillet et août. Au reste, la malade ne s'en inquiétait guère, parce que ses forces étaient bien conservées, parce que, dit-elle, elle n'éprouvait aucune douleur, aucune gêne respiratoire; elle travaillait régulièrement, attribuant aux fortes chaleurs de l'été l'irrégularité de son appétit et la diminution de son embonpoint.

Le 16 août, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle ressentit tout à coup un violent point de côté sous le sein droit, accompagné de dyspnée et d'une toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Les jours suivants, la douleur thoracique se calma un peu, mais la gêne respiratoire ne fit qu'augmenter. Quatre jours après le début des accidents, les jambes commencèrent à enfler autour des malléoles d'abord, puis l'œdème remonta progressivement jusqu'aux genoux. Tourmentée et inquiétée par une oppression constante que traversaient, au moindre effort, au moindre déplacement, de violents accès de suffocation, la malade se fit transporter à l'hôpital.

Voici quel était son état (1er septembre 1886):

Elle avait tout à fait l'aspect d'une cardiaque en état d'asystolie. Les yeux brillants, les pommettes injectées, les lèvres fortement cyanosées, tranchaient sur la pâleur mate du visage. Les veines jugulaires étaient distendues. Assise sur son lit, la malade était en proie à une anxiété respiratoire très intense; l'œdème des membres inférieurs remontait au-dessus des genoux, mais il n'y avait pas d'ascite. Le pouls était petit, irrégulier, il y avait de la cyanose des extrémités. La malade ne répondait qu'à grand'peine aux questions qui lui étaient adressées; elle se plaignait d'un léger point de côté qu'elle localisait à la partie antérieure et inférieure du thorax, près du rebord central droit.

A l'examen de la poitrine, on constatait les signes suivants:

A gauche, la sonorité était normale, aussi bien en avant qu'en arrière; le murmure vésiculaire s'entendait partout, mêlé de quelques râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue du poumon, sans prédominance à la base ni au sommet.

A droite et en avant, matité compacte et abolition des vibrations thoraciques à partir du 2e espace intercostal jusqu'à la base. En arrière, matité compacte et suppression des vibrations depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base. Dans la fosse sus-épineuse

---

Quand donc comprendront-ils — de plus haut — que ce sont ces admirations d' « abondance » qui les diminuent et ne se laisseront-ils plus prendre à cette pipée banale.

D'autant que ce sont toujours les mêmes grands cœurs qui quémandent sous tous les régimes et aiment tous les Directeurs pour eux-mêmes — indistinctement.

Ce pendant, l'honnête homme qui n'a jamais retourné sa veste, n'a pas fait de visites académiques, assisté à de petits levers, qui s'est dit que guérir le soldat, se réjouir de la vie sauvée d'un homme fait comme de la création nouvelle d'un grand enfant, le conserver à ces vieillards qui marmottent des prières au village lointain, vaut mieux que visiter, thuriférer et solliciter; celui-là, il faut le dire, est dupe de son honnêteté sainte.

Ils sont nombreux ces probes qui préfèrent la pauvreté à l'aumône; et qui ne tendirent jamais la main sous le porche des Directions.

C'est leur labeur obscur dans les petites garnisons, leurs œuvres honnes, leur dignité indépendante sans quémande, qui font le plus pur de l'honneur médical militaire.

Il serait désirable que la montagne allât à eux.

* * *

Malheureusement l'avenir est assez borné, par suite des fautes déjà commises.

La tête du corps a été inconsidérément encombrée de « jeunes » qui vont arrêter l'avancement pendant une dizaine d'années.

On ne suit pas de tour d'ancienneté pour la garnison de Paris, ce qui serait de droit et de justice pour tous les grades, sans exception. Il y a le tour des fils, des neveux et des gendres, qu'au pis-aller on nomme « provisoirement » pour de longues années.

Les aide majors de 2e classe sont mis d'emblée dans les régiments au débotté de l'Ecole, au lieu de faire deux ans d'Afrique, comme autrefois, ce qui les formait aux ambulances des petits postes, à la mobilité de campagne, à la vie de guerre et de cheval, où ils « faisaient leurs caravanes », comme on disait au siècle dernier.

On écoute trop les racontars, les « histoires », les médisances, cette barre à mine des médiocres qui croient se rehausser en creusant des galeries sous le savoir.

Enfin le va-et-vient des médecins d'hôpitaux dans les régiments et l'inverse qui affectent la mesure mal réglée d'un chassé-croisé

seule, la sonorité était conservée et les vibrations vocales nettement perçues.

A l'auscultation, le murmure respiratoire ne s'entendait qu'immédiatement sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse. Dans le reste de l'étendue du poumon droit, aussi bien en avant qu'en arrière, silence absolu, sauf au niveau de la fosse sous-épineuse et dans le creux axillaire, où l'on entendait un souffle doux et voilé, et une égophonie bien caractérisée.

L'ampliation de toute la moitié droite du thorax était manifeste. Le foie, abaissé, débordait les fausses côtes de quatre travers de doigt dans la ligne mamelonnaire. Le cœur était aussi refoulé vers la gauche; la pointe battait dans le 7e espace, en dehors du mamelon, à 15 cent. de la ligne médiane du sternum. Le choc précordial était assez fort, mais il y avait des intermittences. Pas de souffle, ni à la pointe, ni à la base; les bruits étaient bien frappés. De temps à autre, on percevait un dédoublement très net du second bruit. Température axillaire, 37o,6. Toux sèche, quinteuse; expectoration muqueuse, insignifiante.

En présence de ces divers signes, témoignant de la présence d'un épanchement abondant de la plèvre droite, eu égard à l'intensité de la dyspnée, la ponction aspiratrice fut pratiquée d'urgence dans le 6e espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire.

On retira ainsi 1200 gr. d'un liquide très fortement hématique, rouge-brun, opaque, ressemblant à du sang à peu près pur et fortement *fibrineux*.

Après cette évacuation, la malade se trouva bien soulagée: la respiration était moins haletante, le murmure vésiculaire s'entendait jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, en arrière. En avant, la matité semblait moins compacte et la respiration était perçue, mais soufflante, avec quelques ronchus, depuis la clavicule jusqu'au 3e espace intercostal.

Le surlendemain, *3 septembre*, M. le docteur Oulmont, suppléant M. le docteur C. Paul, constatait les signes suivants :

Du côté gauche, à part quelques râles bronchiques disséminés, rien à noter.

Du côté droit et en avant, submatité à partir du 2e espace intercostal jusqu'à la zone hépatique; respiration légèrement soufflante. Quelques frottements, mais pas de râles.

En arrière, sonorité à peu près normale dans la fosse sus-épineuse ; submatité dans la fosse sous-épineuse et dans la moitié inférieure jusqu'à la base. La respiration s'entend dans toute l'étendue de la face postérieure du poumon, mais un peu affaiblie vers la partie inférieure et coupée de frottements à l'inspiration et à l'expiration. Pas de souffle, pas d'égophonie.

Le cœur a repris sa situation normale; la pointe bat dans le 6e espace, à 11 cent. de la ligne médiane du sternum. Il n'y a de souffle ni à la pointe, ni à la base; mais le premier bruit semble dédoublé, de sorte que le rythme rappelle celui du bruit de galop.

Quintes de toux suivies d'une expectoration gommeuse.

Les mamelles, la colonne vertébrale, l'abdomen, attentivement explorés, ne présentent rien d'anormal.

Le toucher vaginal et rectal ne révèlent rien de particulier, soit du côté du rectum, soit du côté de l'utérus et de ses annexes.

Pas de ganglions, ni dans le creux axillaire, ni dans les régions sus-claviculaires et cervicales.

Une ponction, pratiquée sous la clavicule avec la seringue de Pravaz, dans le 3e espace, ne donne pas de liquide. Cette ponction exploratrice fut motivée par ce fait que la matité était plus accentuée en ce point qu'en arrière, vers la base.

Le 4 septembre, comme la respiration restait soufflante en *avant* et que l'auscultation de la voix y faisait entendre (notamment au niveau du 4e espace) de la broncho-égophonie, une troisième ponction exploratrice fut faite en ce point avec la seringue de Pravaz. Elle fournit quelques gouttes d'un liquide rosé, hématique, mais d'une couleur beaucoup moins foncée que celle du liquide de la première ponction. M. Oulmont admit qu'il existait là probablement une lame de liquide de faible épaisseur, cloisonnée par des fausses membranes; en arrière, en effet, il n'y avait plus de signes d'épanchement. L'examen de la poitrine ne donnait que de la submatité dans la moitié inférieure du poumon, des frottements, mais pas de souffle, pas d'égophonie; et la respiration s'entendait, affaiblie il est vrai, dans toute l'étendue de la gouttière costo-vertébrale.

Le 6 septembre, la respiration s'exécutait à peu près normalement; l'œdème des membres inférieurs avait disparu; le pouls était lent, régulier, et les bruits du cœur normaux.

Du côté de la plèvre droite, on constatait encore les signes suivants :

En arrière : submatité dans la moitié inférieure, sonorité normale dans les fosses sus et sous-épineuses; à l'auscultation, respiration normale dans la fosse sus-épineuse ; au-dessous de l'épine de l'omoplate et jusqu'à la base, le murmure vésiculaire s'entend, mais manifestement affaibli et entrecoupé de frottements; les frottements existent aussi sur le plan latéral du thorax, dans la moitié inférieure du creux axillaire.

En avant : légère sonorité sous la clavicule, et à partir du troisième espace submatité accentuée jusqu'à la zone hépatique.

Respiration très affaiblie; bruits de frottement, pas de souffle, pas d'égophonie ; les vibrations y sont peut-être un peu renforcées.

Plus de point de côté.

---

confus, l'espèce d'hostilité sourde de jalousie de pauvre à riche témoignée au Val-de-Grâce à la Science, au Concours, ont découragé bien des laborieux et des meilleurs. C'est affaire aux Directeurs avisés de comprendre que l'homme en général ne travaille que s'il a un but précis et de n'éteindre au grand jamais la lampe merveilleuse de l'émulation.

A l'heure présente, bien des hésitants se demandent s'il n'est pas profitable de délaisser la clinique pour l'antichambre, et les livres pour la carte de visite cornée.

Non, ne délaissez jamais les livres, cette consolation suprême et sans seconde. Attendez, vous dont l'âge heureux peut attendre. De meilleurs jours luiront.

La réaction se fera. On comprendra qu'il faut un savant pour diriger un corps savant, un ami de l'étude pour pousser vers l'étude, que la considération, le prestige, le niveau social dans l'Armée, seront toujours en raison directe de la Science et du Travail.

La guérison du pauvre soldat aussi, de ce fils que nous a confié la grande famille française.

***

Et quel moment a-t-on choisi, inopportun entre tous, pour mener cette besogne tristement facile des désorganisations? Celui où le Concours s'impose à l'École supérieure de guerre pour la sélection naturelle des États-Majors et des Grands Commandements futurs, où il s'impose de même à Saint-Maixent pour l'avènement du sous-officier à l'épaulette, où des projets de lois militaires, ouvrant gratuitement les Écoles, y convient toutes les classes et toutes les fortunes sans distinctions et inégalités autres que cette inégalité inéluctable des savoirs et des intelligences.

Par quel mal-jugé étrange prend-on, pour abaisser le niveau scientifique de la Médecine militaire, l'heure précise où, par un article 275 (titre IV) des professeurs agrégés et même des professeurs titulaires de Facultés de médecine vont être mis en lisière et sous tutelle directrice de médecins-majors de 1re classe. C'était indication à tripler l'étude, le travail, la notoriété, le grandissement intellectuel de ces derniers. On a fait le contraire.

M. Léon Lefort, qui fut médecin militaire, et, nous l'avons dit, un des lutteurs de l'Autonomie à la première heure, constate avec une douleur quasi-familiale la médiocre Direction de ces choses

Le 8 septembre, la malade commençait à se lever; elle mangeait avec appétit, elle ne se plaignait plus d'aucune gêne respiratoire.

Les jours suivants, l'amélioration ne fit que s'accentuer, et le 14 septembre, un mois après le début de la pleurésie, après deux semaines de séjour à l'hôpital, la malade réclamait et exigeait sa sortie. Elle marchait librement, sans être nullement oppressée; l'appétit avait reparu, il n'y avait plus trace d'œdème aux membres inférieurs; rien d'anormal du côté du cœur. Il ne restait de son épanchement hémorrhagique que les signes que voici: en arrière, de la submatité et des frottements dans le tiers inférieur de la plèvre droite; en avant, de la submatité à partir du troisième espace jusqu'à la base, et des frottements au niveau du quatrième et cinquième espace intercostal.

On rechercha attentivement s'il n'existait pas de ganglions indurés dans les creux axillaires et sus-claviculaires. Cet examen fut ce qu'il avait été précédemment, complètement négatif.

La température de la malade durant son séjour à l'hôpital, du 1er au 14 septembre, ne s'était jamais élevée au-dessus de la normale; la courbe thermique oscille entre 36o6 et 37o4.

Ainsi semblait s'être terminé cette pleurésie dont l'évolution clinique peut se résumer comme il suit:

Chez une femme âgée de 56 ans, dont la santé avait été jusque-là excellente, s'était développé tout à coup, bruyamment, suivant un mode franchement aigu, une pleurésie droite avec épanchement hémorrhagique abondant. Après une seule ponction évacuatrice, non seulement l'épanchement ne s'était pas reproduit, mais on avait vu le liquide resté dans la plèvre se résorber rapidement, ne laissant après lui que les reliquats légitimes de tout épanchement pleural: de la submatité dans les parties déclives et quelques frottements. En même temps, l'état général de la malade s'était nettement amélioré; l'appétit et les forces avaient reparu; de sorte que cette femme pouvait passer pour franchement convalescente, sinon pour complètement guérie.

Quelle était donc la cause de cette pleurésie hémorrhagique?

S'agissait-il d'une *pleurésie tuberculeuse?*

Les faits de pleurésie hémorrhagique de *nature tuberculeuse* peuvent être rangés en trois groupes. Dans une première catégorie, les lésions tuberculeuses qui ont causé l'épanchement ont évolué d'une manière aiguë, soit sous la forme granulique, soit sous la forme pneumonique.

Dans une seconde variété, la pleurésie hémorrhagique se trouve associée à la tuberculose chronique, à la phthisie vulgaire. Evidemment, le cas que nous venons de rapporter ne trouvait place ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux catégories.

Mais il est un troisième groupe de pleurésies hémorrhagiques d'origine tuberculeuse où l'épanchement pleural est le résultat d'une tuberculose *locale* et *primitive* de la plèvre.

Un individu, jusque-là en parfaite santé, est pris brusquement de point de côté, toux, oppression, etc. On diagnostique une pleurésie simple. Le malade guérit rapidement de sa pleurésie; mais, six mois, un an plus tard, il présente tous les signes d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée. Ces pleurésies, que M. Jaccoud (1) nommait phthisiogènes, sont bien connues aujourd'hui. M. Landouzi (2), se plaçant sur le terrain clinique, a insisté récemment sur ces pleurites franches en apparence, mais qui ne sont en réalité que le premier effet d'une tuberculisation commençante. On sait que MM. Kelsch et Vaillard en ont fourni la preuve anatomique dans un remarquable mémoire paru dans les ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE (août 1886). Or, dans les faits de ce genre, l'épanchement n'est pas toujours séro-fibrineux, il est parfois très fortement hématique (observations VIII et IX du mémoire de MM. Kelsch et Vaillard). Dans le cas que nous venons de rapporter, l'hypothèse d'une tuberculose primitive de la plèvre semblait donc légitime. Elle fut cependant écartée et voici pourquoi:

Peut-être la malade avait-elle présenté de la fièvre au début de sa pleurésie; mais, durant les quinze jours qu'elle avait passée à l'hôpital, elle n'avait jamais eu le plus léger mouvement fébrile. Sa température était constamment restée dans les limites de la normale, entre 36o,4 et 37o,6; et il n'est guère, on le sait, dans les allures des pleurésies tuberculeuses, quelque soit leur modalité clinique, d'évoluer longtemps sans quelque élévation de la température vespérale à 38o ou au-dessus. A cause de ce fait, le diagnostic de pleurésie tuberculeuse fut rejeté. Restait donc la double hypothèse d'un hématome simple de la plevre ou d'un cancer.

La *pachypleurite hémorrhagique simple*, c'est-à-dire indépendante de la tuberculose et du cancer, est chose bien exceptionnelle. Les 36 observations que l'on trouve réunies dans

(1) Jaccoud: *Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire*, 1881.

(2) Landouzi: *Rev. méd.*, 1886.

---

confuses. Son Etude sur le service de santé dans la *Revue des Deux-Mondes* du 1er juin a produit une sensation vive comme toute œuvre de vérité; nous y reviendrons dans un autre journal.

Le *Temps*, dont les articles militaires sont d'habitude d'une littérature plus haute a répondu en *style administratif* « qu'il n'y avait pas lieu de croire » que l'opinion de M. Lefort eût toute la portée qu'on lui suppose, que les avantages en sont peut-être plus apparents que réels, « qu'il faut distinguer », et de toutes ces phrases à brouillard il déduit que les médecins militaires évacueront et que les professeurs de chirurgie couperont, bien, loin sur l'Arrière.

Mais c'est précisément de décider s'il faut évacuer près ou loin, conserver, isoler, opérer ou non qu'est le délicat, l'essentiel; c'est pour ce diagnostic qui peut être de vie ou de mort pour le blessé grave qu'on ne saurait trop cumuler de savoir, d'intelligence et d'expérience. C'est là qu'il faut au maximum de ce tact, de cette intuition, de cette double vue des maîtres consacrés par les nombreux concours, précédés eux-mêmes de nombreuses heures de veilles et d'observations cliniques, non point de ces médecins traitants improvisés après une épreuve banale qu'eux-mêmes ne prennent pas au sérieux et que l'on nomme déjà en souriant *le pont aux aptes*.

⁂

Malgré toutes les fautes issues de cette erreur première de ne pas avoir appelé à l'application d'idées nouvelles des hommes nouveaux, l'Autonomie est chose si excellente en soi que, par vertu originelle, par vitesse acquise de son nom, des progrès locaux se sont imposés de ci et de là, réalisés, il faut le dire, par quelques Directeurs de corps d'armée que tout le monde regrette de ne pas voir plus haut et par des médecins-chefs. Ce que j'appellerai l'initiative privée.

Il me plaît de terminer par ces bonnes paroles pour de bonnes œuvres.

Les journées de traitement ont beaucoup diminué; les convalescents n'attendent plus les classiques fins de mois, on fait des sortants les dimanches, fêtes et en fins de trimestre, ce qu'on prohibait autrefois pour la convenance des Bureaux; les aliments sont plus variés et mieux préparés, le vin et son mouillage surveillés, les grattages et gaspillages réduits à leur plus simple expression par suite des visites bi-quotidiennes du médecin-chef.

la thèse de M. Montard-Martin (1) semblent aujourd'hui peu convaincantes. Depuis qu'on connaît mieux les rapports de la tuberculose et de la pleurésie, depuis que l'examen histologique a révélé fréquemment la nature tuberculeuse des pleurésies les plus franches en apparence, il n'est peut-être pas une seule de ces observations qui pût être donnée comme un exemple probant de pachypleurite simple. En effet, dans les cas mortels et suivis d'autopsie, l'examen microscopique n'a pas été pratiqué. Dans les faits où la guérison est survenue après une ou plusieurs ponctions, il est dit que le malade sortit guéri ne présentant que quelques frottements ou bien une résonnance affaiblie à la partie inférieure de la plèvre, et c'est tout; le sort ultérieur des sujets reste inconnu. Or « il ne faut pas se hâter de porter le diagnostic d'hématome simple, alors même que la pleurésie hémorrhagique a cédé à la thoracentèse, une ou plusieurs fois répétée. Il y a des cas où la pleurésie hémorrhagique est le seul phénomène révélateur d'une tuberculose *locale* ou *primitive* de la plèvre; on porte un pronostic favorable. On croit avoir guéri un hématome pleural, et quelques semaines, ou quelques mois plus tard, on reconnaît l'erreur, quand éclatent des signes non douteux de tuberculose ». Il nous semble que ces réflexions peuvent s'appliquer à la plupart des faits donnés comme exemples d'hématomes simples de la plèvre. Quoi qu'il en soit, on n'était pas autorisé, dans le cas qui nous occupe, à affirmer l'hématome. Un pareil diagnostic eût été prématuré et, partant, incertain.

Restait donc en dernière analyse le cancer pleuro-pulmonaire. Ce fut le diagnostic auquel s'arrêta M. Oulmont; mais il ne le formula qu'avec des réserves expresses et un peu à défaut de toute autre hypothèse acceptable.

La *non-reproduction de l'épanchement, l'absence d'adénopathie sus-claviculaire ou axillaire*, l'amélioration de l'état général de la malade ne plaidaient guère, il faut bien l'avouer, en faveur du cancer de la plèvre.

En effet, parmi les cas de pleurésie hémorrhagique cancéreuse qui figurent dans les thèses de Moutard-Martin, de Darolles, deNolaie, etc., il n'en est pas un seul dans lequel l'épanchement ait cédé après une ou plusieurs ponctions évacuatrices. La *reproduction incessante* du liquide est la règle générale; c'est là un caractère dont la valeur diagnostique est soulignée et acceptée sans restriction par tous les auteurs.

Or, dans le cas qui nous occupe, non seulement l'épanchement ne s'était pas reproduit, mais le liquide laissé dans la plèvre par une évacuation incomplète s'était resorbé rapidement, comme s'il se fut agi d'une pleurésie hémorrhagique de bonne nature, d'un épanchement hématique consécutif à un traumatisme, par exemple. Le doute était donc légitime.

L'événement a montré cependant que la pleurésie en question était bien d'origine cancéreuse.

A. DUTIL.

(*A suivre.*)

(1) Moutard-Martin. — *Étude sur les pleurésies hémorrhagiques néo-membraneuses, tuberculeuses et cancéreuses.* — Th. de droit. Paris, 1878.

RAPPORT

DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LE TRAITEMENT DE LA RAGE PAR LA MÉTHODE DE M. PASTEUR (1).

Au Très honorable CHARLES THOMSON RITCHIE, *membre du Parlement, Président du Local Government Board.*

Monsieur,

Conformément aux intructions contenues dans la lettre du 12 avril 1886 du *Très honorable Joseph Chamberlain*, membre du Parlement, votre prédécesseur, nous nommant de la Commission d'enquête sur le traitement de la rage par la méthode de M. Pasteur, nous avons l'honneur de vous présenter le rapport suivant :

Afin de répondre aux différentes questions comprises dans l'enquête, nous avons jugé à propos que quelques membres de la Commission et M. Victor Horsley, secrétaire, se transportassent à Paris, auprès de M. Pasteur lui-même, afin d'observer sa méthode de traitement et d'étudier un nombre considérable de personnes inoculées par lui; en outre, de faire faire par M. Horsley une série d'expériences minutieuses sur les résultats de semblables inoculations sur les animaux. Les documents détaillés de ces observations et de ces expériences sont placés dans l'appendice de ce rapport; le résumé et les conclusions que nous avons cru pouvoir en tirer se trouvent dans les pages suivantes.

(1) Paru dans le *Bulletin médical.* — Traduit de l'anglais par Mlle Klumpke.

Le nombre des lits peut être diminué suivant les fluctuations morbides, le cube d'air amélioré, le rechange des salles ordonné; les désinfections et isolements faits de suite. Tout cela nécessitait aurefois de longs protocoles.

Ce sont aujourd'hui des résultats acquis et particulièrement appréciables d'économie et d'hygiène. Il en est d'autres.

La conservation de la vie humaine a définitivement pris le pas sur celle du matériel et la salle de malades sur le magasin.

L'infirmier a appris à être bien tenu, discipliné, à faire passer le service de dévouement, le service de *cœur*, pour ceux qui souffrent, avant le frottage des parquets, les « matelas » ou la calligraphie d'en-têtes admirables.

On lui en a tenu compte, il a grandi dans l'opinion. Il fait figure. De valet d'armée ou à peu près, il s'est exhaussé au rôle de soldat hospitalier, cet humble raillé de la veille.

Dr AMÉDÉE CHASSAGNE.

APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE EN 1887. — A la date du 26 juin 1887, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1887, dans les conditions suivantes (le 19e corps excepté) :

220 médecins aides-majors de deuxième classe seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils appartiennent.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure, dûment constatés, ou dans l'intérêt des populations.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date des 30 juin et 2 juillet 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les aides-médecins docteurs en médecine Piron, Jourdan et Benon.

— Par décret en date du 1er juillet 1887, a été promu dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Montel, aide-médecin de réserve, docteur en médecine.

Les expériences de M. Horsley confirment complètement la découverte de la méthode de M. Pasteur, méthode capable de protéger les animaux contre l'infection rabique. Les faits généraux qui en dérivent peuvent être résumés comme il suit :

Si un chien, ou un lapin, ou tout autre animal est mordu par un chien enragé, et meurt de rage, on peut obtenir de sa moelle épinière une substance, laquelle inoculée à un chien ou à tout autre animal sain, produira une rage semblable à celle observée après morsure d'un animal enragé, ou qui ne s'en distinguera que par quelques légères variations de la période d'incubation, entre le moment de l'inoculation et celui de l'apparition des symptômes caractéristiques de la rage.

La rage ainsi transmise par inoculation peut, par des inoculations analogues, être transmise à une série de lapins avec une intensité toujours croissante.

Mais le virus de la moelle épinière de lapins ayant succombé à la rage inoculée, peut être progressivement affaibli ou atténué, en desséchant ces moelles d'après la méthode enseignée par M. Pasteur et rapportée dans l'Appendice ; de telle sorte qu'après un certain nombre de jours de dessication, elle peut être injectée sans aucun danger de rage, à des lapins ou à d'autres animaux sains.

En inoculant successivement dans une série de jours le virus de moelles desséchées pendant une période de plus en plus courte, un animal peut être mis presque sûrement à l'abri de la rage, soit après morsure d'un chien ou de tout autre animal enragé, soit après l'inoculation hypodermique.

L'immunité de la rage ainsi obtenue est prouvée par ce fait que, lorsqu'on expose des animaux inoculés et d'autres non inoculés à la morsure d'un même chien enragé, aucun des premiers ne succombera à la rage, tandis que tous les seconds, à quelques rares exceptions près, y succomberont.

On peut donc considérer comme certain que M. Pasteur a découvert une méthode préventive de la rage comparable à celle de la vaccination contre la variole. Il serait difficile de trop présumer de l'importance de cette découverte, tant au point de vue de son utilité pratique que de ses applications à la pathologie générale. Il s'agit d'une nouvelle méthode d'inoculation ou de vaccination, comme M. Pasteur l'appelle quelquefois, et on pourrait en obtenir de semblables pour protéger l'homme et les animaux domestiques contre d'autres virus des plus intenses.

La durée de l'immunité conférée par la rage inoculée n'est pas encore determinée ; mais, pendant les deux ans que cette méthode a été à l'œuvre, il n'y a eu aucun indice montrant qu'elle fût limitée.

Le fait qu'un animal, par inoculations progressives, puisse être protégé de la rage, suggéra à M. Pasteur l'idée que chez un animal ou un homme non inoculé, mordu par un chien enragé, on pourrait prévenir l'influence fatale du virus par une série opportune d'inoculations progressives. Il a donc inoculé à l'Institut fondé à Paris un très grand nombre de personnes, censées avoir été mordues par des animaux enragés, et nous nous sommes efforcés de vérifier jusqu'à quel point ses inoculations ont été couronnées de succès.

La question pourrait être résolue avec une exactitude numérique, s'il était possible d'évaluer le nombre relatif de cas de rage survenant chez des personnes mordues d'une façon analogue par des animaux véritablement enragés, dont les unes auraient été inoculées, tandis que les autres ne l'auraient point été. Mais une évaluation de cette espèce est impossible. Car :

I. Il est souvent difficile et quelquefois même impossible de s'assurer si les animaux, censés enragés, qui ont mordu, l'étaient réellement ou non. Ils ont pu s'échapper, ou avoir été abattus d'emblée, ou bien encore avoir été observés par des personnes tout à fait incompétentes.

II. Les chances de rage chez l'homme après morsure de chiens, indubitablement enragés, dependent beaucoup du nombre et des caractères des morsures, de leur siège : à la face, aux mains ou aux parties découvertes ; sur les parties couvertes par les vêtements. Les effets de la morsure dépendent de la texture des vêtements, de l'étendue de leur déchirure ; et, dans tous les cas, l'hémorrhagie de la plaie influence les chances d'absorption du virus.

III. Dans tous les cas, les chances d'absorption après morsure sont influencées par la cautérisation, l'excision rapide, par les lavages variés ou tout autre traitement de la plaie.

IV. Les morsures des différents animaux et même des différentes variétés de chiens sont très probablement inégalement dangereuses, pour des causes diverses. A Deptford, l'année dernière, cinq enfants ont été mordus par un chien ; tous succombèrent. Dans un autre cas, on dit qu'un chien a mordu vingt personnes dont une seule est morte. Il est certain que les morsures de loups enragés, et probablement celles de chats enragés, sont plus dangereuses que celles de chiens enragés.

La somme d'incertitude, due à ces causes et à d'autres, pourrait s'exprimer par ce fait que la mortalité parmi les personnes mordues par les chiens censés enragés, qui n'ont été ni inoculés ni autrement traités, a été dans quelques cas de 5 p. 100 ; dans d'autres de 60 p. 100 ; dans d'autres encore, de tous les degrés intermédiaires. La mortalité, après morsure de loups enragés, a été évaluée de 30 à 95 pour 100.

Pour déterminer, autant que possible, l'influence de ces causes d'erreur, dans les cas inoculés par M. Pasteur, les membres de la Commission qui se sont transportés à Paris, lui ont demandé de les mettre à même d'examiner, par enquête personnelle, quelques-uns des cas par lui traités. D'emblée et très courtoisement, il acquiesça à leur demande, et les noms de 90 personnes furent pris par nous sur ses registres. Il n'y eut aucune sélection, sauf toutefois que les noms furent choisis parmi les plus anciens, pour lesquels la période écoulée depuis l'inoculation était la plus longue, et parmi les personnes demeurant à proximité de Paris, de Lyon et de Saint-Étienne.

Les notes, concernant tous ces cas, prises sur place par nous-mêmes, sont rapportées à l'appendice ; elles renferment, autant que possible, la preuve que le chien censé enragé l'était réellement, elles indiquent le siége et la variété des morsures, le traitement immédiat, la déclaration des médecins traitants et des vétérinaires pouvant donner quelques renseignements utiles (1).

Parmi les 90 cas, 24 malades ont été mordus sur les parties découvertes par des chiens indubitablement enragés ; la plaie n'a été ni cautérisée, ni traitée d'aucune manière pouvant empêcher l'action du virus. Dans 31 cas, il n'était pas évident

(1) La Commission est très redevable à M. Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon ; à M. Savary, vétérinaire à Brie-Comte-Robert, et à M. Charlois, vétérinaire à Saint-Étienne, de leur assistance dans cette enquête.

que le chien fut enragé; dans d'autres cas, les morsures de chiens indubitablement enragés ont été faites à travers les vêtements et pouvaient ainsi être rendues inoffensives. Il est donc probable que, même si ces derniers n'avaient point été inoculés, peu auraient succombé. Toutefois, les résultats observés sur ce total de 90 cas peuvent avec raison être comparés à ceux constatés dans un grand nombre de cas non inoculés, analogues à ceux-ci au point de vue de l'éventualité de l'infection. La moyenne de la totalité de ces cas, nous l'avons dit, est extrêmement variable. Nous croyons que parmi les 90 personnes, comprenant les 24 mordues sur les parties découvertes, 8 au moins auraient succombé si elles n'avaient été inoculées. Au moment de l'enquête, avril et mai 1887, dix-huit semaines au moins après le traitement des morsures, pas un seul ne présentait de symptômes d'hydrophobie, pas un seul depuis n'a succombé à l'affection.

Ainsi, l'investigation personnelle des cas de M. Pasteur par les membres de la Commission a été jusqu'à présent parfaitement satisfaisante; elle les a convaincus de la parfaite exactitude de ses registres.

Après les premiers mois de traitement, pour pacifier bien des terreurs, M. Pasteur a été parfois obligé d'inoculer des personnes qui croyaient avoir été mordues par des animaux enragés, sans pouvoir en donner une preuve satisfaisante. Il serait donc injuste d'estimer la valeur totale de son traitement dans tous ces cas, comme supérieure à la différence entre le taux de la mortalité qu'on y observe et le plus bas taux observé dans un grand nombre de cas non inoculés.

Ce plus bas taux peut être considéré comme étant 5 p. 100. Entre octobre 1885 et la fin de décembre 1886, M. Pasteur a inoculé 2,682 personnes, dont 127 anglaises. Sur ce nombre total, 130 au moins auraient succombé, au taux de 5 p. 100. A la fin de 1886, le nombre de morts rapporté par M. Vulpian, au nom de M. Pasteur, était de 31, dont 7 morsures de loup, parmi lesquels les symptômes d'hydrophobie apparurent dans trois cas pendant le traitement et avant que la série d'inoculations ne fut complète. Depuis 1886, deux autres de ces inoculés de l'année sont morts de la rage.

Le chiffre des morts fixé par ceux qui ont essayé de démontrer l'inefficacité de la méthode de M. Pasteur, est autant que nous avons pu nous en assurer, de 40 sur ces 2,682; dans ce chiffre sont compris 7 morts après morsures de loup, et très probablement pas moins de quatre dans lesquelles la cause de la mort par la rage ou par une autre affection resta douteuse. En tenant équitablement compte des incertitudes et des questions qui ne peuvent être résolues actuellement, nous croyons certain, en rejetant les morts après morsures de loups enragés, que la létbalité des 2,634 personnes mordues par d'autres animaux était entre 1 et 1,2 pour cent, proportion bien inférieure à la plus basse évaluation des personnes n'ayant pas subi le traitement de M. Pasteur. Ces chiffres montrent même, dans cette très basse estimation, qu'il y a eu au moins 100 vies de sauvées.

L'évidence de l'efficacité de la méthode de M. Pasteur, indiquée par ces chiffres, se trouve confirmée par les résultats obtenus dans certains groupes de ces cas.

Sur 223 individus mordus par des animaux dont la rage fut confirmée, soit par inoculation de leur moelle épinière, soit par l'apparition de la rage chez d'autres individus ou animaux mordus, quatre seulement sont morts. Sans l'inoculation, quarante au moins auraient succombé.

Sur 186 mordus à la tête ou à la face par des animaux dont la rage fut confirmée par inoculations expérimentales ou observée par des médecins vétérinaires, neuf seulement sont morts au lieu de quarante au moins.

Et sur 48 mordus par des loups enragés, neuf seulement succombèrent, tandis que d'après les évaluations les plus probables, faites jusqu'à présent, la mortalité aurait été de près de trente, sans traitement préventif.

Entre la fin de décembre dernier et la fin de mars, M. Pasteur a inoculé 509 personnes mordues par des animaux dont la rage fut confirmée, soit par l'inoculation de la moelle épinière, soit par la mort d'animaux mordus, soit par déclaration du médecin vétérinaire. Deux seulement sont mortes, dont l'une fut mordue par un loup un mois avant l'inoculation et mourut après trois jours de traitement. Si nous négligeons la moitié de ces cas à cause de leur date trop récente, les autres 250 ont eu une mortalité de moins de un pour cent, au lieu de 20 à 30 pour cent.

On a objecté que le nombre de personnes traitées par M. Pasteur, qui s'est élevé du mois d'octobre 1885 à la fin de l'année 1886 à 1.929 Français et Algériens, était de beaucoup supérieur au chiffre raisonnablement supposé de morsures par animaux enragés. Non seulement il n'a jamais été fait d'enregistrement soigneux de ces cas, mais le nombre observé pendant l'année actuelle n'est pas inférieur à celui de la même époque de l'année dernière alors que l'alarme contre la rage était à son maximum.

Par l'évidence de tous ces faits nous pensons que les inoculations pratiquées par M. Pasteur sur des individus mordus par des animaux enragés ont certainement empêché, dans une grande proportion, l'apparition de la rage chez des individus qui auraient succombé à l'affection s'ils n'avaient été inoculés. Et nous croyons que l'importance de sa découverte sera encore supérieure à ce que son utilité présente le fait pressentir, car elle montre qu'il serait possible d'éloigner par l'inoculation d'autres affections que la rage, même après infection. On a pensé, il est vrai, pouvoir préserver par la vaccination des individus récemment exposés à l'infection de la variole, mais la preuve de ce fait est peu concluante; aussi la méthode de M. Pasteur peut-elle être considérée avec raison comme la première ayant atteint et supprimé par l'inoculation un processus d'infection spécifique. Ses recherches ont considérablement augmenté le cadre de nos connaissances sur la pathologie de la rage et ont donné, ce qui est de la plus haute valeur pratique, à savoir, un moyen certain de déterminer si un animal mort suspecté de rage, en a été réellement atteint.

La question a été soulevée, si le traitement de M. Pasteur peut être pratiqué sans aucun danger pour la santé ou la vie. Pour y répondre il est nécessaire de se rapporter à ses deux méthodes d'inoculation, qui sont décrites avec tous les détails dans l'appendice.

Dans la première méthode, dite méthode ordinaire, employée dans la très grande majorité des cas, la substance préservatrice obtenue de la moelle épinière de lapins morts de rage provenant primitivement des chiens enragés, est injectée sous la peau une fois par jour pendant 10 jours à des degrés de virulence croissante.

Dans la seconde méthode, dite méthode intensive, que M. Pasteur a adoptée pour le traitement des cas spécialement urgents, soit au point de vue du nombre et du siège des morsures ou du temps écoulé depuis la morsure, les injections de virulence progressivement croissante, furent faites trois fois par jour, pendant les trois premiers jours, puis une fois par jour, pendant une semaine, finalement à des degrés de fréqnence variés pendent encore quelques jours. Le plus haut degré de virulence des injections employées dans cette méthode était plus élevé que le plus haut degré employé dans la méthode ordinaire et aurait certainement donné la rage, s'il avait été employé avant les injections antérieures de moindre virulence.

Dane la première méthode, méthode ordinaire, il n'y a aucune preuve, aucune probabilité qu'il y ait eu danger de mort ou altération quelconque de la santé, même pendant un court espace de temps. Mais, après la méthode intensive, on a observé des morts survenues dans des conditions telles que l'on a pensé qu'elles étaient dues bien plus à l'inoculation qu'à l'infection par l'animal enragé.

Il y a ample raison de croire que dans un grand nombre de cas les plus graves, la méthode intensive a été plus efficace que ne l'aurait été la méthode ordinaire. Ainsi, M. Pasteur cite le cas de 19 Russes mordus par des loups enragés, dont trois traités par la méthode ordinaire sont morts, tandis que les 16 antres traités par la méthode intensive ont survécu; il oppose le cas de 6 enfants gravement mordus à la face, morts après le traitement ordinaire, à celui de 10 enfants mordus d'une façon analogue, traités par la méthode intensive, et dont aucun ne succomba. M. Vulpian rapporte que sur 186 individus dangereusement mordus par des animaux très probablement enragés, 50 traités par la méthode intensive survécurent, tandis que parmi les 136 autres traités par la méthode ordinaire, neuf sont morts.

La proportion de la mortalité après la méthode intensive n'est pas supérieure à celle de la méthode ordinaire; car sur 624 malades ainsi traités; six seulement, et en comptant un cas douteux; sept, sont morts. Mais la forme de la mort de quelques malades fit naître des soupçons; cette forme fut observée chez un homme nommé Goffi envoyé d'Angleterre. Le 4 septembre dernier, il fut dangereusement mordu à Brown Institution par un chat enragé auquel il exposa sa main nue, malgré des avertissements répétés. Il eut douze morsures. Elles furent cautérisées d'emblée par l'acide phénique pur et six heures plus tard il fut chloroformé à St. Thomas's Hospital; les parties lésées furent largement excisées, les plaies ainsi faites, cautérisées par l'acide phénique. Le même soir il est envoyé à Paris et le lendemain M. Pasteur commence son traitement intensif, qui fut continué pendant 24 jours. Pendant tout ce temps, cet homme s'est maintes fois grisé (1) Une fois, il est tombé dans la Seine. A son retour, pendant la traversée de la Manche, il s'est fortement refroidi.

Le 10 octobre, il retourne à son travail et semble avoir sa santé habituelle; mais il devient indisposé, se plaint de douleurs abdominales analogues à des coliques, et de douleurs lombaires. Le 18, il présente une paralysie motrice partielle des membres inférieurs et le 19 une paralysie motrice complète des membres inférieurs et du tronc et une paralysie motrice partielle des membres supérieurs et de la face. Il est envoyé à St. Thomas's Hospital, où il meurt le 20.

Jusqu'à sa fin il a été indemne des symptômes habituels de rage et l'évolution de l'affection ainsi que la forme de la mort était si semblable à ce qui est écrit sous le nom de paralysie ascendante aiguë, de paralysie de Landry, que ce diagnostic fut donné à l'enquête du Coroner. Mais sa mort a été certainement due au virus rabique, comme les expériences de M. Horsley l'ont prouvé. Une partie de la moelle épinière fut prise pour servir à des inoculations; les lapins et le chien inoculés moururent avec les symptômes caractéristiques de rage paralytique, telle qu'on l'observe habituellement chez le lapin.

Dans la plupart des autres cas de morts consécutives au traitement par la méthode intensive, les symptômes, à peu de choses près, ont été les mêmes; mais, dans aucun des cas, la preuve de la mort par la rage ne fut faite. La ressemblance de ces symptômes avec ceux désignés par le nom de rage paralytique habituellement observée chez le lapin, a suggéré l'idée, comme nous l'avons dit, que ces morts n'étaient pas dues au virus du chien ou du chat enragé, mais bien à celui injecté avec la moelle épinière du lapin. Cela est loin d'être certain. Dans le cas de Goffi, en particulier, la période d'incubation était celle de la morsure du chat et non celle de l'inoculation au plus haut degré de virulence; la période d'incubation du lapin et du chien inoculés avec sa moelle épinière était telle qu'on l'observe après les inoculations semblables, de virus provenant non seulement de lapins inoculés en séries par M. Pasteur, mais encore de chiens, de chats, de loups morts de rage vulgaire. Il se pourrait donc que les inoculations intensives faites chez lui et chez les autres individus qui ont succombé, n'étaient point nuisibles en elles-mêmes, mais insuffisantes à prévenir la rage après morsure. Elles ont pu également modifier la forme par laquelle la rage s'est manifestée, lui donnant les caractères de la rage paralytique du lapin au lieu de la forme convulsive ou violente observée habituellement, mais non toujours (1), chez l'homme, après morsure de chats ou de chiens enragés.

La question restera probablement indécise, car, pour éviter les risques possibles, quoique invraisemblables, de sa méthode intensive, M. Pasteur l'a modifiée, et même dans cette forme modifiée, il ne l'emploie que *dans les cas très urgents*.

L'étude de ce sujet soulève naturellement la question de la prophylaxie de la rage canine, et de la rage humaine, dans ce pays.

Si l'immunité conférée par l'inoculation est permanente, l'affection pourrait être supprimée en inoculant tous les chiens. Mais il est peu probable de faire adopter volontairement ces inoculations par les propriétaires de chiens ou de les contraindre.

Des règlements de police suffiraient, s'ils étaient rigoureusement observés. Mais pour les rendre efficaces, il faudrait: 1º ordonner l'extermination de tous les chiens errants de la ville ou de la campagne; 2º que l'entretien des chiens inu-

(1) Ce cas, ainsi que d'autres, ont conduit M. Pasteur à penser que les chances de mort par hydrophobie sont très augmentés par l'alcoolisme.

(1) Des cas de rage paralytique ont été observés, quoique rarement, chez l'homme après morsure d'animaux enragés, et non traités par les inoculations. On peut en effet présumer que quelques-uns des cas au moins de « paralysie ascendante aiguë », aient été des cas de cette forme de rage, quoique, étant donné l'absence complète des symptômes convulsifs habituels, on n'ait conçu aucun doute quant à la cause de l'affection.

tiles fnt découragé par la taxe ou d'autres moyens; 3° que le transport de chiens des contrées dans lesquelles la rage est répandue soit défendu ou soumis à la quarantaine; 4° que dans les régions et les contrées où la rage règne, la muselière soit obligatoire et que, dans les rues, les chiens non muselés ou non conduits soient saisis par la police comme « suspects ». Une exception pourrait être faite pour les chiens de bergeries et les chiens gardés dans un but spécial.

Il y a des exemples suffisants pour prouver que, par ces règlements ou par d'autres analogues, l'hydrophobie pourrait être supprimée dans ce pays ou réduite à un chiffre bien inférieur à celui actuellement connu.

Si on n'y remédie pas, il faut s'attendre à ce qu'un grand nombre de personnes subissent chaque année le traitement par la méthode de M. Pasteur. La moyenne annuelle de morts par hydrophobie pendant la décade finissant en 1885 a été de 43 pour toute l'Angleterre et de 8,5 pour Londres. Si, d'après les évaluations prises pour juger l'efficacité de cette méthode de traitement, ces chiffres sont pris comme ne représentant que le 5 0/0 des individus mordus, le traitement préventif sera pratiqué sur 860 personnes pour toute l'Angleterre et sur 170 pour Londres. Car il est impossible, dans le nombre des mordus, de dire quels seront les individus non exposés à la rage et on ne peut se fier au traitement préventif par la cantérisation, l'excision ou d'autres méthodes.

Signé : James PAGET, *président* ;
Victor HORSLEY, *secrétaire* ;
T. LAUDER BRUNTON ; George FLEMING ; Joseph LISTER ; Richard QUAIN ; Henrye ROSCOE ; J. BURDON SANDERSON.

Juin 1887.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

GUÉRISON DE CONTRACTURES HYSTÉRIQUES DU JAMBIER ANTÉRIEUR GAUCHE ET DU TRICEPS CRURAL DROIT, OBTENUE CHEZ UNE MALADE NON HYPNOTISABLE PAR SUGGESTION PENDANT LE SOMMEIL NATUREL, par M. JULES JANET, interne à la Pitié (service de M. POLAILLON).

Charlotte C..., demoiselle de boutique, âgée de 16 ans, entre le 25 mars 1887 dans le service de M. le docteur Polaillon, pour une contracture hystérique du jambier antérieur de la jambe gauche.

Les antécédents héréditaires de cette malade sont bons; néanmoins, son père semble avoir été alcoolique. Son frère et ses deux sœurs jouissent également d'une bonne santé. On ne retrouve aucun antécédent nerveux dans sa famille.

Réglée à l'âge de 12 ans, elle resta très bien portante jusqu'à l'âge de 15 ans, quand tout à coup, sans aucune cause apparente, vers le mois de novembre 1885, il lui survint une contracture des muscles gastrocnémiens de la jambe gauche. Le pied se plaça en équinisme complet. Pendant trois mois, elle resta chez elle, car la marche était devenue très difficile.

En février 1886, elle se décida à entrer dans le service de M. le professeur Verneuil, où on lui appareil plâtré lui fut appliqué.

Au bout de onze jours, on le lui retira, et elle sortit de l'hôpital. Son pied resta d'abord à plat, mais il était comme ankylosé. La pression de la région plantaire devint très douloureuse, la marche à peu près impossible. Au bout de quelques jours, le pied se renversa sur son bord externe; une contracture du jambier antérieur gauche succédait à la contracture du triceps sural avec persistance du point douloureux plantaire.

Cet état se prolongea sans aucune modification jusqu'au 25 mars 1887, époque où elle entra dans le service de M. le docteur Polaillon.

L'examen de la malade permet de constater que le jambier antérieur est fortement contracturé. Cette contracture s'exagère encore quand on cherche à mouvoir le pied et surtout quand la malade veut marcher. Le pied se renverse alors complètement en dedans et ne repose plus sur le sol que par son bord externe. La pression de la plante du pied détermine une douleur très vive. La marche est très pénible.

En dehors de ces deux phénomènes, la malade ne présente aucune autre tare hystérique : pas de zône d'anesthésie, pas de points hystérogènes, pas de crises, pas de rétrécissement du champ visuel.

Au bout de huit jours, le 2 avril, on remarque que la jambe droite, qui jusque-là ne présentait rien d'anormal, est absolument raidie en extension : le genou droit est comme ankylosé, le muscle triceps de la cuisse droite s'est contracturé à son tour, et cette contracture simule à s'y méprendre une coxalgie.

C'est dans cet état, caractérisé par la contracture du jambier antérieur gauche, par un point douloureux plantaire à gauche et par la contracture du triceps crural droit que, le 29 avril 1887, j'entrepris de la guérir par suggestion.

Le 29 avril, j'essayé, pour l'endormir, tous les procédés ordinaires d'hypnotisation, mais sans aucun résultat.

Le 30 avril, mêmes essais. Même résultat négatif.

Le 2 mai, après l'avoir fatiguée par 20 minutes de fixation d'un objet lumineux, je lui fais des passes pendant à peu près 3/4 d'heure. Au bout de ce laps de ce temps, elle s'endort et présente alors les caractères suivants :

Les yeux sont fermés, le corps est immobile ; la malade est dans un état d'anesthésie généralisée. Le pouls qui, au début de la séance, était à 80 et qui s'est accéléré progressivement pendant que je pratiquais les passes, est actuellement à 130. La respiration est calme, régulière, à raison de 20 par minute.

La percussion des tendons ne provoque aucune contracture. Mais, si on soulève un membre, il reste dans l'attitude qu'on lui impose : c'est une catalepsie, mais une catalepsie fruste ; je l'appellerais volontiers une catalepsie de complaisance. Le membre est mou et flasque, non cireux; comme dans la vraie catalepsie ; les doigts retombent dans la demi-flexion et ne gardent pas la position qu'on leur a donné. Si on soulève très peu le bras de la malade, il retombe immédiatement sur ses genoux. Les mouvements répétés ne se continuent pas; et la face ne prend pas l'expression correspondante aux attitudes des membres.

Enfin, et ce caractère seul suffirait à différencier cet état d'une véritable catalepsie, la malade entend tout ce que l'on dit devant elle et répond comme en plein somnambulisme. Ce sommeil cesse au simple commandement, et, si on l'abandonne à lui-même, il dure de une heure à une heure et demie. Enfin, et j'insiste sur ce fait, à son réveil, Charlotte se souvient de tout ce qui s'est passé et de tout ce qu'on lui a dit pendant son sommeil.

Cet état est très peu profond et rentre, selon moi, dans la phase dite hypnagogique provoquée par une grande fatigue du système nerveux. Il est si peu profond que la moindre plaisanterie prononcée devant la malade ainsi endormie la fait éclater de rire et provoque le réveil.

Néanmoins, je continuai les séances tous les jours, espérant l'amener à un état d'hypnotisme plus complet. Il n'en fut rien. Le même état hypnagogique se produisait au bout d'une heure de passes et ne se modifiait aucunement. Les suggestions que je faisais dans cet état n'étaient jamais exécutées, et pour une bonne raison, c'est que la malade s'en souvenait à son réveil.

Finalement, je fus forcé de reconnaître qu'elle n'était pas hypnotisable, et que le faible degré de sommeil que j'avais obtenu ne

me conduirait jamais à un état d'hypnotisme suffisant pour me permettre de lui faire des suggestions curatives. J'allais l'abandonner, quand un jour, le 17 mai, après l'avoir endormie comme d'habitude à quatre heures par les passes et l'avoir réveillée aussitôt le sommeil obtenu, on vint m'annoncer dans la soirée qu'elle s'était couchée après mon départ et qu'elle s'était profondément endormie. Ce fait s'était déjà produit plusieurs fois. Si, après l'avoir endormie, je la laissais dormir tout son saoul, elle se réveillait spontanément au bout d'une heure, se couchait à neuf heures, suivant son habitude, et dormait normalement. Mais, dans le cas où, au contraire, je la réveillais aussitôt le sommeil obtenu, elle se couchait immédiatement après mon départ et s'endormait d'un sommeil profond dans lequel ses voisines s'amusaient à la faire causer sans arriver à la réveiller.

Je résolus d'examiner cet état. Vers dix heures et demie du soir, j'entrai dans la salle et je m'approchai de son lit. Elle dormait profondément; je lui prends la main et je la soulève : le bras conserve l'attitude que je lui donne. J'appelle : Charlotte. Aussitôt, sans ouvrir les yeux, sans bouger aucunement elle répond : — Quoi?

J'étais donc en présence de mon état hypnagogique ordinaire, mais compliqué par le sommeil naturel.

Quel allait être le résultat de cette combinaison? L'état hypnagogique, si superficiel pendant la veille de la malade, allait-il être approfondi par son sommeil naturel au point de rendre la suggestion possible? Je résolus de le vérifier sur-le-champ.

— Charlotte, lui dis-je, demain vous marcherez à plat, tout à fait à plat (c'était une expression familière à la malade).

Réponse : — Oui.

Je me retirai.

Le lendemain matin, à neuf heures, elle dormait encore dans le même état. A neuf heures un quart, elle se réveilla spontanément.

Je lui dis de se lever, et son étonnement fut grand, car la contracture de son jambier antérieur, qui durait depuis près d'un an et demi, avait disparu. « Je marche à plat! » s'écria-t-elle. — La suggestion avait pleinement réussi.

Cette guérison se maintint jusqu'au 26 mai, jour où la contracture reparut. J'avais eu le tort de ne pas guérir la malade de son point douloureux plantaire, si bien que la marche à plat était très pénible et que, pour éviter la douleur, elle renversait son pied comme elle le faisait auparavant.

Le lundi 30 mai, j'obtins de nouveau la guérison de son pied gauche par le même procédé. A quatre heures de l'après-midi, je lui fis des passes pendant une heure, mais je ne pus obtenir le sommeil. Néanmoins quand je vins la voir à onze heures du soir, la fatigue que je lui avais causée avait produit son effet; elle dormait en hypnagogisme.

Je lui fis la suggestion suivante : « Demain, vous ne souffrirez plus du tout en dessous du pied, et vous marcherez à plat. »

Le lendemain matin, la double suggestion avait réussi, et le pied gauche était revenu à l'état normal.

De ces deux faits, je conclus qu'un très faible degré de sommeil hypnotique dans lequel la malade n'est nullement suggestible peut être rendu très favorable pour les mêmes suggestions quand il est approfondi par le sommeil naturel.

J'ai même été plus loin, et c'est la contracture du triceps droit qui m'en a donné l'occasion. Le 21 mai, cherchant à guérir le genou droit comme j'avais guéri le pied gauche, je voulus l'endormir à quatre heures. Pendant une heure et demie, je lui fis des passes sans pouvoir obtenir le sommeil. J'espérais néanmoins que la fatigue qu'elle éprouvait suffirait à la faire dormir en hypnagogisme. Il n'en fut rien. Quand je vins le soir à onze heures, elle dormait du sommeil le plus naturel. Les membres ne conservaient pas les attitudes, elle ne répondait pas à l'appel de son nom. Je tentai néanmoins de lui faire ma suggestion dans cet état.

Je l'appelle plus fort. Au troisième appel, elle se lève à moitié sur son séant, se frotte les yeux et me regarde avec cet air ahuri du dormeur que l'on vient de réveiller en sursaut. Je lui dis immédiatement : « Demain, vous plierez votre genou. » Et je m'enfuis. En me retournant, je vis qu'elle était déjà retombée sur son oreiller et qu'elle dormait de nouveau profondément.

Le lendemain matin, la malade n'avait aucun souvenir de ma visite et son genou droit se pliait parfaitement. Cette suggestion faite pendant le sommeil naturel avait donc eu un plein succès.

Je ferai remarquer que ce genre de suggestion doit être fait d'une manière très rapide et qu'il faut éviter de réveiller tout à fait la malade, car, si elle est assez réveillée pour se souvenir le lendemain matin de la suggestion qui lui a été faite, l'insuccès est complet.

Le 31 mai 1887, la jeune Charlotte C... sortait du service complètement guérie de sa triple manifestation hystérique. Je l'ai revue depuis, et cette guérison s'est maintenue jusqu'à présent.

La *conclusion* de ces phénomènes est facile à déduire. Mon frère Pierre Janet, du Havre (1) a parfaitement démontré le dédoublement de la personnalité de l'hystérique en deux personnalités distinctes : une personnalité consciente et une personnalité inconsciente. L'hypnotisme a l'avantage de dégager la personnalité inconsciente et permet de lui commander. La personnalité consciente qui n'a rien entendu ne peut discuter un commandement dont elle n'a pas connaissance et ne peut lutter contre lui.

Quand Charlotte à l'état de veille est plongée dans son petit état hypnotique, aucune suggestion ne réussit, car sa personnalité consciente se souvient au réveil du commandement qu'on lui a fait; elle s'en moque et le refuse.

Au contraire, quand elle dort du sommeil naturel, sa personnalité consciente est annihilée. Un commandement fait dans cet état ne peut être discuté ni refusé par elle, puisqu'elle ne le connait pas; la personnalité inconsciente agit alors en maîtresse et la suggestion est exécutée.

On peut donc conclure de ces faits que l'hypnotisme n'est pas le seul procédé qui permette d'obtenir la réussite d'une suggestion. Sans vouloir parler ici des cas de réussite de suggestions faites à l'état de veille, dans lesquels le patient est tellement fasciné par l'opérateur qu'il annihile lui-même devant lui sa personnalité consciente, ou au moins toute résistance de sa part.

En dehors de ces cas, dis-je, on est dans de très bonnes conditions pour réussir une suggestion sur un individu, quand on la fait à l'insu de sa personnalité consciente. Or, il y a bien des moyens d'annihiler cette personnalité. Ce sont, outre l'hypnotisme, l'alcool, le haschich, peut-être le chloroforme, enfin, comme j'espère l'avoir prouvé, le sommeil naturel. C'est du reste sur ce point que je désire surtout attirer l'attention.

En publiant cette observation, j'ai bien moins en vue de rapporter un cas de guérison de contracture hystérique que d'insister sur ce fait, qu'il est possible d'obtenir sur une hystérique la réussite d'une suggestion pendant le sommeil naturel.

C'est ce point qui m'a semblé nouveau et intéressant à faire connaître. En effet, ces notions ne nous permettent-elles pas d'espérer que par la même voie il sera peut-être possible de guérir ces nombreuses manifestations hystériques contre lesquelles nous sommes actuellement impuissants chez les malades non hypnotisables?

(1) REVUE PHILOSOPHIQUE, 1er mai 1887.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants, par MM. de Saint-Germain et E. Valude.

Dans ce traité, qui se fait remarquer par sa clarté, MM. de Saint-Germain et Valude étudient au *point de vue pratique* les maladies oculaires, si fréquentes et à conséquences souvent si graves observées chez les enfants.

En publiant cette œuvre, ils rendent un grand service aux élèves et aux praticiens, surtout à ceux appelés à exercer loin des grands centres et qui ne sont pas spécialistes en opthalmologie.

Parmi les chapitres à remarquer, nous citerons ceux qui traitent de la prophylaxie de l'opthalmie purulente, du traitement de cette redoutable affection. Nous sommes heureux de voir MM. de Saint-Germain et Valude recommander, à l'exclusion de toute autre méthode, le traitement de l'opthalmie purulente par des cautérisations *répétées* de toute la surface conjonctive avec des solutions de nitrate d'argent et l'emploi des réfrigérants.

Les chapitres sur l'opthalmie scrofuleuse, la conjonctivite granuleuse, les kératites, la cataracte, principalement la cataracte molle et son traitement, contiennent de précieux renseignements.

La dernière partie de l'ouvrage donne des considérations générales sur le diagnostic et le traitement des affections oculaires chez les enfants, indiquant les méthodes à employer chez les jeunes sujets pour l'exploration des parties externes, la dissémination de l'acuité visuelle, du champ visuel, etc., les applications de remèdes oculaires.

Un formulaire indique la plupart des remèdes employés dans la chirurgie oculaire infantile.

P. Redard.

NOTES & INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé samedi dernier 2 juillet 1887, par la nomination de M. le docteur Beurnier comme chef de clinique titulaire et de M. le docteur Michaux comme chef de clinique adjoint.

— L'épreuve d'anatomie pathologique du concours du clinicat médical a eu lieu samedi dernier. Après la séance d'élimination, MM. les docteurs Carron de la Carrière, Durand-Fardel, Martinet et Pignol, ont seuls été anmis à subir les épreuves définitives, dont la première a eu lieu mardi dernier, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours du Bureau central. — Le concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux civils de Paris s'est terminé mardi dernier à six heures du soir, par la nomination de MM. les docteurs Josias, Juhel-Rénoy et Hippolyte Martin.

— La composition écrite — première épreuve définitive — du concours de chirurgie des hôpitaux civils de Paris, a eu lieu lundi dernier. La question donnée a été : « Le creux poplité ; tuberculose articulaire. »

— Les questions données à la troisième épreuve — épreuve orale — du concours des chirurgiens des hôpitaux civils de Paris, sont : 1° Diagnostic de la coxalgie ; 2° imperforation congénitale de l'anus ; 3° diagnostic et traitement des rétrécissements du rectum ; 4° anatomie pathologique, signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens.

Cette épreuve s'est terminée vendredi soir, 1er juillet 1886, et après l'élimination, seuls ont été admis à subir les épreuves définitives les huit candidats dont les noms suivent : MM. les docteurs Picqué, Walther, Michaux, Truffier, Jullien, Petit-Vendol, Castex et Rémy.

— Statistique des personnes traitées a l'Institut Pasteur pendant le mois de mai 1887. — Français et Algériens, 100 ; étrangers, 38. — Total : 138.

Chez 25, la rage a été reconnue par l'inoculation positive du bulbe, ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps que les personnes traitées ; elle a été constatée par observations vétérinaires chez 89 ; enfin, 24 des personnes traitées ont été mordues par des animaux simplement suspects de rage.

R. F. D.

NOUVELLES

Académie des sciences. — Par décret, en date du 29 juin 1887, les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, aux clauses et conditions imposées, mais jusqu'à concurrence de moitié seulement, le legs d'une somme de quarante mille francs (40.000 francs), que le sieur Martin-Damourette a fait à ladite Académie par son testament olographe en date du 3 avril 1883.

Le produit du legs ainsi réduit, qui sera placé en rente 3 p. 100 sur l'Etat français, devra être consacré à la fondation d'un prix annuel ou bisannuel de physiologie thérapeutique.

— L'Académie des sciences, dans sa séance de lundi dernier, 4 juillet 1887, a élu, à l'unanimité des 43 membres présents, M. Agassiz, correspondant étranger pour la section d'anatomie et zoologie.

Elle a également nommé, au scrutin, la commission chargée de dresser la liste des candidats à la place du secrétaire perpétuel, laissée vacante par la mort de M. Vulpian. Cette commission est composée de MM. Chevreul, Daubrée, Duchartre, Péligot, de Quatrefages et Marey.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juillet 1887, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le lundi 25 juillet 1887. La durée de cette session sera de cinq jours.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 26 juin au samedi 2 juillet 1887.

Fièvre typhoïde 8. — Variole 7. — Rougeole 29 — Scarlatine 5. — Coqueluche 5. — Diphthérie, croup, 24 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 179. — Autres tuberculoses 16. — Tumeurs : Cancéreuses 50. — Autres 2. — Méningite 33. — Congestion et hémorr. cérébr. 34. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 72. — Maladies organiques du cœur 43. — Bronchite aiguë 14. — Bronchite chronique 26. — Broncho-pneumonie 18. — Pneumonie 29 — Gastro-entérite : Sein 27. — Biberon 41. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 21. — Sénilité 23. — Suicides 19. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 146. — Causes inconnues 6. — Total de la semaine : 840 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'angine de poitrine hystérique, par J.-R. Le Clerc, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume grand in-8 de 178 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale. — Cou. — Membre supérieur. — Poitrine. Un volnme in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Première session. — Biarritz (1886). — Paris, 1887, Octave Doin, libraire-éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de Saint-André de Bordeaux. — M. PITRES.

UN CAS DE RAGE HUMAINE, par MM. les docteurs PHÉLIPPOT et RIVALS, chefs de clinique de la Faculté.

Le dimanche, 30 janvier 1887, entra dans le service de M. le professeur Pitres, à l'hôpital Saint-André un malade atteint de rage. Mordu au menton, le 18 juillet 1886, par un chien que M. Régnier, vétérinaire à la Bastide, avait fait abattre comme euragé, ce malade avait été traité, quelques jours après sa morsure, au laboratoire de M. Pasteur par la méthode des inoculations préventives. Depuis trois jours, il présentait des symptômes alarmants qui ne laissaient aucun doute sur la nature du mal dont il était atteint. Il succomba le 31 janvier à quatre heures du matin. L'autopsie ne révéla aucune lésion organique de nature à expliquer la mort. Mais le diagnostic porté pendant la vie fut confirmé par le résultat positif des inoculations pratiquées sur des lapins et des cobayes avec des fragments des centres nerveux du sujet.

Dans un moment où la question de la rage sollicite vivement l'attention publique, et où la pénurie des documents cliniques précis est une des principales causes des incertitudes qui planent encore sur la solution des problèmes en litige, il nous a paru utile de recueillir soigneusement l'observation que le hasard plaçait entre nos mains et d'en publier les détails. Cette tâche nous a d'ailleurs été singulièrement facilitée par le concours bienveillant et éclairé que nous ont prêté notre maître, M. le professeur Pitres, et MM. les docteurs Oré, professeur de physiologie, et Ferré, professeur agrégé, qui ont bien voulu se charger des inoculations.

Le nommé Bergé (Pierre), né à la Goutte (Cantal), âgé de 49 ans, employé de bureau, demeurant, 15, rue de Cenon, à Bordeaux-Bastide, est entré à l'hôpital Saint-André le 30 janvier 1887.

Antécédents héréditaires. — Son *père* est mort d'une affection pulmonaire aiguë qui a duré sept ou huit jours (pneumonie ?).

Sa *mère* est âgée de 90 ans et jouit d'une bonne santé.

Il a eu six *frères* ou *sœurs* qui sont encore tous vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — A l'âge de 12 ans, Bergé fut mordu au talon par un chien furieux qui mordit le même jour et dans la même maison un enfant au berceau et une jeune femme. Le vétérinaire de la localité (cela se passait à Lanche, arrondissement de Murat (Cantal), appelé sur-le-champ, cautérisa les plaies avec de l'*alcali*, puis le lendemain les blessés allèrent dans un village voisin consulter un sorcier qui leur fit prendre un remède destiné à prévenir la rage. Aucun d'eux n'eut d'accidents consécutifs.

Après avoir fait son service militaire, Bergé vint à Bordeaux, où il se maria et entra à titre d'employé de bureau aux magasins généraux de l'Intendance militaire. Depuis cette époque, il mena une vie régulière; cependant, il s'adonna avec excès à l'usage des boissons alcooliques. Il ne s'enivrait pas, mais il buvait beaucoup d'eau-de-vie. Il dépensait en moyenne deux francs par jour

FEUILLETON

LE TRAIN SANITAIRE NO 1 DE LA COMPAGNIE DE L'OUEST.

Trains sanitaires permanents et improvisés. — Modes de suspension des systèmes français, russe et allemand. — Train mixte. — L'élasticité demandée aux ressorts de la voiture. — Nombre de couchettes. — Ventilation. — Aménagement hospitalier. — Le wagon-salle de malades. — Les wagons cuisine, lingerie, pharmacie. — Wagons de médecins et d'infirmiers. — Appréciation.

Tous les journaux ont fait une relation du *Train sanitaire* à l'usage des gens du monde. On sait qu'il est allé à Rouen, qu'il faisait chaud, que le linge blanc était d'une grande blancheur et la cuisine point si mauvaise; enfin que MM. V..., X..., Y..., étaient là, ainsi que Mme Z...et aussi que les malades étaient des soldats qui se portaient bien, du 74e.

Tout cela suffit peut-être pour des gens du monde; nous allons serrer la question de beaucoup plus près. On ne connaissait jusqu'à aujourd'hui que deux variétés de trains sanitaires : les permanents et les improvisés.

Les *permanents*, des plus confortables sans doute, mais qui restent inutiles, à l'état de musée et pour ainsi dire sous vitrine pendant toute la durée heureusement fort longue du chômage des grandes guerres; les *improvisés*, simples wagons à marchandises en temps normal, ne revêtant leurs apparaux de guerre et de secours qu'au moment de la mobilisation.

La Compagnie de l'Ouest vient d'inaugurer une troisième variété, le *train sanitaire mixte*.

Ce n'est pas le *permanent*, puisque tout son matériel hospitalier est remisé au magasin; ce train, qui stationne le long de la rue de Rome, est l'objet d'une curiosité et d'un pèlerinage actifs, sera disloqué et mis en service commercial.

Ce n'est pas non plus l'*improvisé simple*, car l'adaptation demande une douzaine de jours, les wagons portent en permanence une trappe dans le plancher, des portes dans la longueur, un lanternau à la toiture et l'insigne d'une croix de Genève fort apparente, destinée à les faire concentrer de chaque gare du réseau vers le point décisif de formation.

en petits verres qu'il prenait surtout dans l'intervalle des repas. Ces excès déterminèrent en 1884 une affection de l'estomac caractérisée par de l'anorexie, des douleurs épigastriques, des vomissements pituitaires le matin à jeun. Le malade dut se soumettre au régime lacté. Il guérit assez rapidement et depuis lors cessa de faire des excès d'alcool.

Les époux Bergé possédaient un chien qu'ils affectionnaient beaucoup. Le 16 et le 17 juillet 1886, ce chien avait eu une attitude singulière : il se prit de querelle avec plusieurs animaux de son espèce et les mordit. Le dimanche 18 juillet, à six heures du matin, Bergé alla avec sa femme (qui exerce là profession de marchande de quatre saisons) faire provision de légumes au marché dans une petite charrette traînée par un cheval. En revenant, le chien sauta sur la charrette et se coucha sur un panier de tomates. Bergé lui donna un coup de fouet et, comme il revenait encore se coucher au même endroit, il le saisit par le collier et le poussa par terre. L'animal s'élança alors à la tête de son maître et le mordit au menton. La blessure saignant abondamment, on entra chez un pharmacien qui étancha le sang et cautérisa la plaie avec de l'ammoniaque.

Aussitôt arrivé chez lui, Bergé fit prier M. E. Régnier, médecin vétérinaire, demeurant, 5, rue Montméjan, de venir voir son chien. Celui-ci examina l'animal et le fit placer en observation dans un local fermé. Le lendemain, il revint le voir. L'attitude de l'animal était alors des plus agressives.

Au moment où l'on entr'ouvrit les portes du chai dans lequel il était enfermé, il se précipita sur les visiteurs la gueule ouverte, l'œil furieux. Il se mit ensuite à mordre la paille qu'on lui avait donnée pour se coucher. On lui présenta un bâton ; il le mordit avec fureur à plusieurs reprises. Convaincu que le chien était atteint de rage, M. Régnier le fit abattre et envoya à l'administration préfectorale le rapport suivant dont il a bien voulu nous communiquer le texte :

« Bordeaux-Bastide, le 20 juillet 1886.

« Monsieur le Préfet,

« J'ai l'honneur de vous informer que le 18 courant j'ai été appelé à visiter un chien braque, sous poil pie marron, âgé d'environ huit à dix mois, et appartenant à M. Pierre Bergé, employé aux Magasins généraux, demeurant, rue de Cenon, no 15, à la Bastide.

« Quelques instants avant ma visite (environ un quart d'heure), ce chien avait mordu son maître au menton, au moment où celui-ci avait voulu le faire descendre de sa voiture, parce qu'il s'était couché sur une corbeille de fruits, contrairement à ses habitudes.

« J'ai constaté : 1o Que cet animal était en proie à une vive surexcitation, au point que le moindre attouchement déterminait une brusque réaction ; 2o que sa voix était rauque. En outre, les renseignements fournis par M. Bergé et sa dame m'ont appris que pendant la journée du 17, on l'avait vu dans la rue rechercher des congénères pour leur lécher avec insistance les organes génitaux et les battre ensuite.

« Malgré cela, vu la gravité de la détermination à prendre, j'ordonnai de garder le chien solidement attaché. Il fut placé dans un petit chai fermant à clef. Le lendemain matin, il avait cassé son collier, et, après un nouvel examen, je dus le faire abattre pour éviter tout accident.

« L'autopsie a été pratiquée le 20 juillet au matin, douze heures après la mort.

« L'estomac était bourré de corps étrangers, et l'intestin vide de tout aliment. Les muqueuses stomacale et duodénale étaient parsemées de taches ecchymotiques, ainsi que la muqueuse du larynx, au niveau des cordes vocales et du bord de l'épiglotte. Dans aucun organe, il n'existait la moindre lésion capable d'expliquer les symptômes observés.

« En conséquence, je conclus que le chien de M. Pierre Bergé était atteint de la rage.

« Les blessures de M. Bergé ont été cautérisées à l'ammoniaque par M. Durand-Fauré, pharmacien, environ un quart d'heure après la blessure.

« Au sujet des chiens mordus ou roulés, M. le commissaire de police a ouvert une enquête et prescrit l'abattage immédiat, conformément à la loi.

« Daignez agréer, M. le Préfet, l'assurance de mon profond dévouement.

« E. Régnier,

« vétérinaire, sociétaire à la Bastide. »

Aussitôt que M. Régnier eut affirmé son diagnostic, Bergé partit pour Paris. Il y arriva le 21 juillet et se rendit au laboratoire de M. Pasteur, où il subit la série ordinaire des inoculations simples, jusqu'aux premiers jours d'août.

Nous avons dit que plusieurs animaux avaient été mordus les 16, 17 et 18 juillet par le chien de Bergé. Presque tous furent abattus par les ordres de la police. Quelques-uns cependant échappèrent à l'enquête administrative et furent épargnés. Nous en connaissons deux : l'un appartient à M. C..., l'autre à M. B... Ces deux animaux, encore vivants et bien portants, furent roulés et mordus par le chien de Bergé le 17 juillet. Nous n'avons pu obtenir de détails sur la gravité des blessures. Le cheval de Bergé aurait été également mordu le 17 juillet au boulet. La femme Bergé a été témoin oculaire de cette morsure. Elle ne sait pas si le sang a jailli de la blessure. Le 18 juillet, pendant qu'on l'attelait pour aller au

---

Une fois armé en guerre, ce train le demeure ; il a le désavantage sur l'*improvisé* de ne pouvoir, ses malades évacués, faire retour vers la base d'opération avec des troupes, des vivres, du matériel ou des munitions. C'est un système mixte.

Et, différence dernière, il est suspendu sur ressorts spéciaux. Ceci demande de remonter en arrière de quelques années.

Depuis sa création, mais surtout à partir de 1881, la Commission des chemins de fer, MM. Clérant, Ameline, etc., ont fait de Paris à Brest de nombreux voyages d'essai, dans l'un desquels M. de Beaufort, dont la philanthropie courageuse connaît peu d'obstacles, exécuta ce long trajet de seize heures en un wagon à bestiaux des moins clos et des moins confortables. Sur cette ligne de Bretagne, donc, tous les appareils de suspension élastique, de brancards, ont été successivement expérimentés.

On sait qu'ils peuvent se résumer en quatre systèmes principaux :

1o Système à ressorts à boudins, pinces de Hambourg (Léon Le Fort, etc.) ;

2o Système à ressorts plats (Gründ) ;

3o Système à cordes et à matériaux de bois (Zawodowsky et colonel Bry) ;

4o Système mixte à ressorts à double spirale et cordes d'amarrage du docteur Redard.

Les pinces de Hambourg, dites aussi pinces du diable, *Teufelsklane*, sont adoptées en Allemagne, le Bry en France, le Zandwosky en Russie. Après essai de ces divers moyens d'élasticité dont les points faibles, sont la fatigue de ressorts à boudin, l'encombrement des cordes, les oscillations longitudinales et latérales, la possibilité d'une chute, la Commission de l'Ouest en est venue à cette conclusion, que l'élasticité devait être demandée aux *ressorts de la voiture elle-même*.

En l'état, les wagons de marchandises dont la portée est de 8 à 10 tonnes, ont des ressorts de 14 feuilles, qui ne fléchissent sous une tonne (poids moyen du matériel et des malades) que de 34 millimètres. C'est presque une voiture non suspendue sur essieu.

Les ressorts du nouveau train sont de 10 feuilles et fléchissent de 90 millimètres. On pourrait aller au-delà, croyons-nous, et trois heures suffisent pour la substitution de suspension. Il n'est qu'équitable d'avouer que les Allemands ont quelques droits à la priorité

marché, le même animal aurait reçu deux nouvelles morsures aux jambes; il n'a eu aucun accident. Enfin, le même jour, à six heures du matin, pendant que Bergé allait au marché, son chien pénétra dans un café qu'on ouvrait; il se prit de querelle avec le chien du propriétaire de l'établissement, M. L..., et lui fit plusieurs blessures qui saignèrent abondamment. Les deux animaux, étant aux prises sous un billard, M. L..., pour les séparer, saisit le chien de Bergé par le cou. Celui-ci, se retournant brusquement, mordit M. L... à la région dorsale de la main. La blessure était profonde et saignante; elle a laissé une cicatrice qui est aujourd'hui parfaitement visible. M. L... se contenta d'essuyer le sang avec le revers de sa manche sans sucer ni laver la plaie. Il ne suivit aucun traitement et parvint à soustraire son chien aux recherches de la police. Aujourd'hui, le maître et l'animal sont tout à fait bien portants. Ainsi qu'on va le voir, Bergé ne fut pas aussi heureux.

Après avoir subi son traitement (inoculations simples selon le procédé non intensif), il revint à Bordeaux et reprit son service dans les premiers jours d'août. Dès ce moment, sa femme s'aperçut qu'il était devenu bizarre. Au lieu d'être gai et enjoué comme autrefois, il était tout préoccupé. Il disait volontiers aux personnes de son entourage que sa guérison n'était pas certaine. Souvent il allait trouver le vétérinaire qui l'avait vu aussitôt après sa morsure et manifestait des craintes pour sa santé. Un jour, un de ses camarades lui ayant dit en plaisantant : « Vous êtes enragé », il en éprouva une violente tristesse et devint encore plus taciturne. La nuit, bien que ses habitudes d'intempérance eussent cessé depuis longtemps, il lui arrivait fréquemment de s'éveiller en sursaut, rêvant que sa femme était mordue par des chiens enragés.

Mais ce n'est que le 23 janvier que les premiers symptômes de la rage confirmée se manifestent. Ce jour-là, Bergé ressent dans le courant de la journée « *comme une boule à vomir* ». Il fait des efforts pour la rendre, mais ne parvient qu'à expectorer un peu de salive et quelques mucosités.

Le 25, les mêmes efforts se reproduisirent, accompagnés d'une toux sèche continuelle.

Dans la journée du 26, en voulant avaler, il sentit au gosier une boule qui l'empêchait de déglutir. Il éprouvait aussi de la gêne pour manger et pour boire.

Le 27, la déglutition des liquides devint impossible; de plus, aucun aliment ne lui faisait plaisir. Il refusa de manger.

Le 28, il se rendit le matin, comme il en avait l'habitude, aux Magasins généraux; mais, à midi, ses souffrances devinrent telles qu'il rentra à son domicile, où l'un de nous le visita à neuf heures du soir.

Il le trouva assis sur son lit, agité, sans cesse en mouvement, le visage exprimant l'anxiété, les traits parfois grimaçants et contractés par la douleur. Ses pupilles étaient égales, dilatées, le regard un peu égaré. Sa respiration, le plus souvent régulière, était à certains moments brusquement suspendue comme par une violente sensation d'angoisse; puis, au bout de quelques secondes, le malade faisait cinq ou six inspirations longues et pénibles et retombait épuisé sur son lit.

Interrogé sur le siège de son mal, il releva violemment sa chemise, indiquant la paroi abdominale, mais sans pouvoir préciser le point douloureux et touchant, comme pour mieux se renseigner lui-même; tantôt le creux épigastrique, tantôt l'hypochondre gauche, jamais le droit.

La déglutition des liquides est impossible. On demande à Bergé de boire un verre d'eau. A ces seules paroles, il se dresse sur son lit, se met à trembler et laisse échapper de violentes dénégations. Involontairement, son pharynx se contracte, donnant à sa physionomie un aspect grimaçant tout particulier. Cependant on insiste, et l'on prie sa femme de lui préparer un bol de bouillon. Bergé suit d'un œil *furieux* et *méchant* ces préparatifs, et, quand on lui présente le bol, il se jette à bas de son lit, fuit au milieu de la chambre, les mains tendues en avant et en proie à une véritable terreur. Enfin, il se décide à porter la main vers l'objet qu'on lui présente; mais aussitôt surviennent des contractions spasmodiques du pharynx qui l'obligent à le laisser. Ce n'est qu'en insistant longuement qu'on parvient à le décider. Il porte le bol à la bouche, boit une gorgée, fait un mouvement pénible de déglutition. Mais le liquide n'est pas avalé, ou du moins il est rejeté en plus grande partie. Il devient impossible alors de lui faire recommencer l'expérience. Toutefois Bergé promet de prendre dans la nuit une potion au chloral et au bromure; ce qu'il fait, la demandant même plus souvent qu'elle n'était prescrite, bien que chaque cuillerée déterminât un spasme pharyngien très douloureux et fut presque entièrement rejetée.

Le 29, à sept heures du matin, Bergé fut examiné de nouveau. La nuit avait été mauvaise; il n'avait pas dormi un seul instant, criant beaucoup, urinant immédiatement après chaque cuillerée de potion, et crachant sans cesse. Son excitation, quoique grande, paraissait cependant moindre que la veille : il peut avaler, à grand'peine, quelques cuillerées de bouillon. On prescrit un lavement de chloral. A deux heures, le calme s'est encore accentué.

Température axillaire..........	37°,2
Pouls..........................	82°

A quatre heures, nous le revoyons avec M. le docteur Monod. Le malade, assis dans son lit, reste impassible à notre entrée.

de l'idée. Depuis plusieurs années, ils enlèvent 3 feuilles sur 8 aux ressorts de leurs wagons de marchandises pour en former des trains sanitaires d'improvisation; le temps de pose est à peu près le même que le nôtre. Voilà pour les verticalités. Quant aux oscillations latérales et longitudinales, elles paraissent avoir été considérablement diminuées, et voici comment. Les deux couchettes de blessés, superposées, reposent sur quatre solides montants en bois, de 1 m 50 de hauteur, reliés en carré large « en cadre » par de fortes traverses. Ces montants mettent leurs pieds dans des sabots de fonte fixés au plancher par 3 vis solides; le fond du sabot dans lequel le montant vient se chausser est garni de rondelles de moquette pour atténuer mieux encore la trépidation. De fait, la couchette, reposant par ses deux extrémités sur deux barres de fer transversales, ne peut subir aucun des balancements d'escarpolette auxquels sont sujets, malgré l'arrimage le plus soigneux, les systèmes à ressorts et à cordes—dans le brancard supérieur surtout.

Il peut se produire tout au plus quelques déplacements de latéralité provenant d'une différence de 6 centimètres entre la largeur de la barre d'appui et celle de la couchette. Nous l'avons fait observer. On a répondu que le poids de l'homme suffisait à l'immobilisation, ce qui est peut-être controversable dans les courbes à petit rayon, quelque atténuation qu'on apporte à la vitesse.

Les quatre cadres placés aux quatre angles du wagon dans le sens de la longueur, mais *indépendants de la paroi*, ce qui est judicieux, portent chacun 2 couchettes superposées, soit 8 blessés par voiture, avec espacement d'un mètre en hauteur entre les 2 couchettes et allée médiane de 1m,50.

La ventilation est assurée par les deux portes des extrémités du wagon, par deux fenêtres latérales de 0m,60 sur 0m,40, enfin par le lanterneau en saillie de toiture long de 1m,60 sur 0m,90 de large, 0m,50 de hauteur et la trappe de plancher (carré de 30 centimètres de côté) pouvant faire ventouse, si besoin était. En ajoutant deux filets de plafond pour les effets, des plaques mobiles de tôle avec garde-fous (communication de wagon à wagon) se refoulant sur eux-mêmes en cas de choc et suivant le mouvement du tampon, on a l'œuvre complète de la Compagnie de l'Ouest.

Voyons l'aménagement hospitalier par la septième Direction.

Le couchage est le matelas de laine avec draps et couverture grise, sur le lit vêtements d'hôpital, pantoufles; sur le support en bois, pot à tisane, verre, crachoir. A contre-quai, balais, vase à

Aussitôt que nous nous approchons de lui, et avant que nous ayons prononcé une parole, il se couche, rejette ses couvertures, et applique ses mains à plat sur la région des hypochondres comme s'il ressentait en ces points une douleur ou une gêne. Nous lui demandons s'il souffre à ce niveau : il nous regarde d'un œil hagard et répond que non, qu'il ne sent rien. Il continua néanmoins à frictionner avec la paume des mains les régions indiquées.

Il est donc en état d'excitation cérébrale manifeste. Les mouvements, comme la parole, sont saccadés; il existe une certaine fixité dans le regard. Il répond par monosyllabes ou par des phrases très courtes aux questions qu'on lui adresse et qu'il comprend sans peine. Il paraît d'ailleurs plutôt gai que triste et nullement préoccupé de son état. A un moment donné, il se lève brusquement, disant qu'il veut sortir; il se recouche difficilement à la première injonction de notre part.

Il n'existe pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité. Le malade fait exécuter librement aux membres inférieurs et supérieurs les divers mouvements qu'on lui indique. Il sent bien le contact des doigts, le pincement. Le réflexe rotulien est intact. Pas de raideur dans les muscles du cou ni de la nuque. Une pression exercée au niveau des parois latérales du pharynx ne provoque pas de contraction de cet organe. Pas de sputation.

La scène change subitement lorsque nous invitons le malade à boire une tasse de lait. Il se dresse alors sur son séant, la face contractée, le regard méchant, et profère une série de divagations accompagnées de gestes saccadés. Comme nous insistons et lui faisons observer qu'il doit boire pour guérir, il se lève vivement, vacille un instant comme un homme ivre, puis s'asseoit sur une chaise, saisit la tasse qu'on lui présente, la tient un instant à bras tendu en la regardant fixement, enfin comme s'il accomplissait un effort de volonté considérable, il la porte fiévreusement à ses lèvres et boit une gorgée de liquide. Après un court séjour dans la cavité buccale, cette gorgée est déglutie lentement. Le malade, qui paraît satisfait de ce résultat, absorbe de lui-même une seconde gorgée qui passe plus facilement que la première; le reste de la tasse est dégluti sans peine. Nous lui proposons de manger sous nos yeux un morceau de pain; il se soumet sans protestation à cette expérience. Il mâche et avale avec facilité plusieurs bouchées de suite; mais, comme nous l'engageons alors à boire un peu de vin, la scène précédente se reproduit avec plus de violence encore que la première fois.

Le malade nous voit partir avec la même impassibilité qu'il avait montré à notre arrivée, ne cherchant à nous poser aucune question et sans prendre congé de nous.

A six heures, température axillaire 37°, pouls 80.

A dix heures, l'excitation est plus grande. Le malade nous dit qu'il veut coucher avec sa femme. Il a du délire, voit constamment sa femme et tient des propos érotiques. Pas d'érections.

Le 30, à quatre heures du matin, Bergé s'est habillé; il veut partir pour la campagne et s'enfuit chez un voisin, où l'on a beaucoup de peine à le maintenir; il déraisonne. Nous le trouvons beaucoup plus abattu que la veille. La sensibilité est intacte, mais *le membre supérieur droit est parésié*. Le malade ne peut ni serrer fortement la main, ni l'élever à la hauteur de la tête.

En présence de cette aggravation, on se décide à le transporter à l'hôpital Saint-André.

Entré *à six heures du matin*, Bergé fut tout d'abord placé dans une cellule d'isolement. *A huit heures*, nous le visitâmes avec M. Boisvert, interne des hôpitaux. Nous le trouvâmes assis sur le bord de son lit, maugréant contre les personnes qui venaient de le conduire à l'hôpital et de le faire enfermer. Voici d'ailleurs les notes prises sur son état à ce moment. « Quand on ouvre la porte, il se lève, se promène, parle avec une certaine excitation. Il ne comprend pas pourquoi on le maintient ainsi enfermé, séparé des autres malades. On le prie de se coucher; il refuse, prétendant qu'il préfère être assis.

La démarche est un peu gênée, le cou fortement courbé en avant, le menton rapproché du sternum. Les yeux sont grands ouverts, sans expression particulière. Les masseters sont contractés, la parole un peu embarrassée.

Les membres supérieurs sont privés du mouvement volontaire et ne peuvent se mouvoir que par l'intermédiaire des muscles de l'épaule. Le malade manifeste une soif assez vive, mais il prétend avoir de la peine à avaler. Il accuse une sensation de froid et des frissons. »

A onze heures du matin, son état est à peu près le même. Il est couché dans le décubitus latéral droit, le regard hébété, les yeux largement ouverts, et se plaint qu'on lui jette constamment de l'eau sur le corps, que l'eau ruisselle partout dans sa cellule, sur son lit, sur ses vêtements.

Il accuse quelques douleurs articulaires dans les épaules et le genou droit. L'insufflation sur le visage ne produit pas d'exaspération. Nous lui demandons s'il veut boire : « Oui, dit-il, de l'eau. » Un verre d'eau lui est présenté; à cause de la paralysie des membres supérieurs, il lui est très difficile de le saisir. Il arrive cependant à le prendre de la main gauche; il le regarde alors à plusieurs reprises, anxieux et hésitant, puis il y plonge ses lèvres. A la première gorgée, il l'éloigne brusquement et rejette l'eau qui s'était introduite dans sa bouche. Il essaie de nouveau, mais renverse (plutôt par maladresse et impotence des membres supérieurs que volontairement) le contenu du verre sur ses vêtements. Il se produit pendant ces efforts quelques mouvements de déglutition qu

---

charbon, vase à clapet urinoir, une manne en osier pour les écuelles. C'est un peu encombré; avec les blessés, les infirmiers et le passage du médecin ou du comptable, cela le serait plus encore. On pourrait supprimer sans dommage les quatre planchettes de billets d'hôpital (la plaque d'identité, la fiche du diagnostic et la feuille d'évacuation semblant suffire), de même un thermomètre par wagon au lieu de deux. Le plus d'aération, le moins d'encombrement et des objets en double emploi ou sans emploi, le moins de thermicité possible aux mois d'été, les mois habituels de bataille, nous semblent indiqués.

Il y a dans le train un wagon-dépense, un wagon-cuisine avec des fourneaux qu'envieraient beaucoup de nos hôpitaux militaires, un wagon (lingerie, arsenal, chirurgical et surtout pharmacie, qui nous paraît armée de pied en cap avec 139 articles dont bien des choses, de l'eau de laurier-cerise, du fer réduit, des éponges à la ficelle, un pilulier de 25 cannelures, etc), un wagon de médecins, un wagon d'infirmiers, un wagon pour le linge sale. Cela fait six voitures annexes, un peu beaucoup.

Il nous paraît qu'un wagon—dépense—cuisine—tisannerie, un wagon-linge, quelques flacons, arsenal et un lit de médecin avec son sommier et ses jolis rideaux gris, suffiraient. Il ne faut pas perdre de vue qu'à 40 kilomètres à l'heure les plus longs parcours n'excéderont guère douze à quinze heures avec arrêts toutes les dix lieues en des gares soigneusement munies par la *Commandature d'étapes* de buffets, d'ambulances et de haltes-repas, où l'on pourra se ravitailler facilement, faire même des commandes par télégraphe. En pratique, pour ces blessés et malades couchés, donc graves, il y aura toujours plus à faire boire qu'à faire manger; de la tisane et du bouillon sont un menu insuffisant pour les gens du monde, mais bien à l'usage des fébricitants. Cette réduction d'annexes laisserait quatre wagons disponibles pour les malades, soit 32 blessés couchés à transporter en plus.

Il n'y a pas à se faire d'illusion avec les armées de millions d'hommes, c'est le plus large transport possible qu'il faut viser; il y aura toujours plus de blessés que de voitures. Puis le confortable, tel qu'il existe, en couchage et en cuisine, rendrait affreusement jaloux des infirmiers les médecins militaires qui, à cheval avec leur troupe, en pluie, en soleil et au feu, déjeuneraient souvent, quand ils déjeuneraient, d'une rondelle de saucisson ou d'une tablette de chocolat.

paraissent douloureux, si l'on en juge par l'expression d'angoisse qui se peint sur la physionomie du malade.

Quelques instants après, Bergé demande à manger; il essaie de mâchonner quelques parcelles de viande, mais ne peut y réussir ».

A ce moment, M. le docteur Levieux, administrateur de l'hôpital, fait transporter Bergé dans une petite salle, beaucoup plus confortable que la cellule dans laquelle il a passé la matinée. Là, le malade se laisse déshabiller et coucher sans faire la moindre opposition. Nous le revoyons à *quatre heures de l'après-midi* avec M. le professeur Pitres.

A notre arrivée, il est étendu dans le décubitus dorsal. Il est calme, tranquille, mais ses membres inférieurs sont le siège de petits soubresauts irréguliers et involontaires. De temps en temps aussi, sans cause apparente, la face se contracte et prend une expression étrange de rictus qui ne persiste que quelques secondes et se reproduit à de courts intervalles.

Son œil est fixe, un peu hagard, ses pupilles sont dilatées, la droite plus que la gauche, et ne réagissent pas à la lumière.

Il répond aux questions qu'on lui pose d'une voix sourde et nasillarde; sa mémoire est confuse, infidèle. Il donne exactement son nom et son âge, mais ne sait dire le jour et le quantième. Il ne peut non plus donner aucun renseignement sur les débuts de sa maladie.

La peau est fraîche (température axillaire, 36°1), sans transpiration.

Le pouls est irrégulier, lent (64 pulsations par minute).

La respiration est régulière, peu fréquente (30 par minute); mais les inspirations sont peu profondes. Le creux épigastrique est peu mobile, bien qu'il n'y ait pas d'inversion paralytique de ses mouvements.

Demande-t-on à Bergé s'il souffre de quelque chose? il répond qu'il éprouve une douleur sourde, profonde, vague à l'estomac, et si on le prie de mettre la main sur le point qui lui fait mal, il montre tantôt le creux épigastrique, tantôt l'hypochondre gauche. Cette douleur ne paraît pas exagérée par la pression.

La langue est humide et couverte d'un enduit saburral assez épais. Le malade ne peut ouvrir et fermer la bouche sans difficultés. Le fond de la gorge est rouge, sans tuméfaction.

La titillation de la luette et du voile du palais avec un rouleau de papier ne provoque aucun réflexe. L'excitation des piliers est suivie au contraire de haut-le-cœur.

Après cette exploration, le malade tousse à trois reprises différentes et expectore à quelques instants d'intervalle quelques crachats aérés d'une coloration légèrement safranée.

Une heure environ avant notre visite, Bergé a demandé à manger et a pris, sans trop de peine, paraît-il, une petite assiette de bouillon et de vin. Nous lui demandons s'il a soif, et, sur sa réponse affirmative, nous lui offrons un verre d'eau. Il le prend difficilement dans ses mains à peu près complètement paralysées, en introduit une petite quantité dans sa bouche et l'avale avec un effort évident, comme s'il éprouvait une grande gêne pour déglutir.

Il a pissé naturellement dans l'après-midi. Les urines n'ayant pas été conservées, nous le prions d'uriner de nouveau dans un verre, ce qu'il fait sans difficulté. Les urines ont une coloration normale. Traitées par la chaleur, elles prennent une légère teinte laiteuse. En laissant écouler sur le bord du verre qui les contient quelques gouttes d'acide nitrique, il se forme au-dessus du niveau de l'acide un nuage grisâtre. Ces urines renferment donc une faible proportion d'albumine. Chauffées avec de la liqueur de Fehling, elles décolorent le réactif, mais ne forment pas de précipité. Elles ne contiennent donc pas de sucre.

La verge est dans un état de demi-turgescence. Le malade raconte qu'il a eu dans la journée des érections violentes sans éjaculations ni sensations voluptueuses. Les testicules sont fortement rétractés vers les anneaux. Les réflexes testiculaires sont très faibles.

Les membres supérieurs sont notablement parésiés. Le malade peut à peine porter la main gauche à la hauteur de la bouche. Il ne peut élever la droite au-dessus du sein. Les mouvements des doigts sont possibles, mais très faibles. Pas de douleur à la pression des masses musculaires.

Il n'y a pas de paralysie des membres inférieurs. Le malade peut se lever et marcher, mais son attitude dans la station verticale a quelque chose de bizarre. Il tient la tête haute, renversée en arrière, comme si les muscles de la colonne vertébrale étaient le siège d'une certaine raideur. Réflexes rotuliens conservés, réflexes au chatouillement plantaire normaux.

La sensibilité cutanée paraît intacte sur toute la surface du corps.

Nous quittons le malade à cinq heures, après avoir placé auprès de lui un infirmier intelligent chargé de nous rendre compte de tout ce qui surviendrait dans la soirée et dans la nuit.

Le lendemain, il nous fait le récit suivant :

« Jusqu'à huit heures du soir, Bergé est resté à peu près dans le même état. Il a demandé souvent à uriner et à boire. Il s'est levé plusieurs fois, disant qu'il voulait aller retrouver sa femme. A partir de huit heures, il a commencé à s'agiter et à délirer violemment. Il poussait des cris aigus, adressait des injures à des êtres imaginaires, insultait son gardien. Il demandait toujours à boire, mais ne pouvait avaler. Il crachait continuellement. Vers minuit, il a vomi des matières glaireuses. Après minuit, la violence du délire a augmenté.

Les propos étaient incohérents. C'était un mélange continuel de

---

Part faite de cette observation de réserver (pour notre bonne renommée même) tout le confortable à notre enfant le blessé, ce train fait honneur à l'initiative française. Il coûte environ 70,000 fr. d'aménagement à la Guerre, soit à peu près 2,000 fr. par wagon.

Les Compagnies voisines vont créer leur train à leur tour, et sous peu il y aura quelque émulation féconde en variantes et en perfectionnements.

Nous formulons le vœu qu'au prochain essai, on substitue aux soldats-figurants du 74e une vingtaine de blessés et malades vrais. Les fractures de l'avant-bras, du bras, de la main, du pied, de la jambe (déjà ce solide appareil de consolidation les extase), les diarrhées, fièvres intermittentes, bronchites (du consentement du malade du reste et après désignation de transportable par le médecin traitant), ne souffriraient pas d'un déplacement et changement d'air (dans les conditions de confortable parfait du train), et qu'on pourrait limiter à 10 ou 12 lieues et à deux heures. Ces témoins *vrais* seraient pris sur brancard dans leur lit du Val-de-Grâce, Gros-Caillou ou Saint-Martin, mis sur brancard dans la voiture d'ambulance, sortis sur brancard de la voiture et placés dans la couchette du wagon. Ce serait un exercice professionnel excellent pour le personnel pris, en les disséminant, 1 dans chaque wagon (pour empêcher tout concert d'impressions). On leur dirait d'écrire ou dicter leur opinion sur la trépidation, les oscillations, leur moment (dont on pourrait établir la concordance avec les courbes), le couchage, la chaleur, leur desiderata et incommodités quelconques à leur vue.

Ce serait les impressions de voyage, les *cahiers* de ces acteurs. On pourrait en déduire une moyenne sincère par convenue, par *grande manœuvre*, mais aussi intéressante, instructive, pratique et rapprochée du vrai que le comporte un exercice de ce genre.

Dr Amédée Chassagne.

Concours de chef des travaux anatomiques. — Le concours s'est ouvert le 11 juillet 1887. Le sujet de la composition écrite a été : « Veines et sinus veineux encéphaliques. »

— Pendant le mois d'août, un cours pratique de bactériologie aura lieu au laboratoire de M. le professeur Cornil (s'inscrire d'avance).

menaces et de grossièretés. Pas de convulsions. Les membres supérieurs restaient inertes; mais les membres inférieurs, toujours en mouvement, faisaient voler en l'air les couvertures.

A quatre heures du matin, tout à coup le délire a cessé, et la mort est arrivée brusquement, sans agonie.

Nous avons pratiqué l'autopsie le 31 janvier à cinq heures du soir, avec l'aide de M. Boisvert, interne des hôpitaux, sous la direction de M. le professeur Pitres et en présence de MM. les professeurs Oré et Coyne, de MM. les docteurs Ferré, Solles, et d'un grand nombre d'étudiants.

Le cadavre est bien conservé (la mort remonte seulement à treize heures. La rigidité cadavérique est très forte.

Encéphale. — Quand on enlève la calotte crânienne, il s'écoule une grande quantité de liquide rouge. Les os du crâne ne présentent rien de particulier. Les artères de la base de l'encéphale sont remarquablement saines; on n'y trouve pas la moindre trace d'athérome. Les veines sont gorgées de sang noir; les méninges cérébrales et cérébelleuses sont infiltrées de sérosité, formant dans les intervalles des circonvolutions, des nappes d'apparence gélatineuse.

Le cervelet et la protubérance ont leur consistance normale. Le quatrième ventricule n'est pas distendu; ses parois sont saines. Cependant, au voisinage du bec du *calamus scriptorius*, les triangles de substance grise correspondant aux noyaux des pneumogastriques sont plus foncés que d'ordinaire et traversés par de fines arborisations vasculaires qui leur donnent un aspect congestionné. Sur les coupes transversales du cervelet, de la protubérance et du bulbe, on ne constate rien d'anormal.

Cerveau. — Les méninges se détachent très facilement de la substance corticale sous-jacente. Les circonvolutions paraissent tout à fait saines. Sur les coupes des hémisphères cérébraux, on ne trouve aucune lésion appréciable. Les masses centrales ont toutes les apparences de l'état normal. La substance cérébrale ne paraît ni congestionnée, ni ramollie.

La *moelle épinière* est un peu moins consistante que le cerveau; son tissu semble normal. Sur les coupes, on distingue nettement les deux substances blanche et grise; toutes les deux paraissent inaltérées.

La *trachée* et les *grosses bronches* ne renferment pas de liquide spumeux; leur muqueuse ne présente pas de piqueté hémorrhagique.

Les *poumons* sont sains, légèrement congestionnés dans les parties déclives, mais crépitant partout et surnageant dans l'eau. Pas de tubercules.

Le *cœur* pèse 285 grammes; il est ferme et ne contient pas de caillots. Le myocarde a une belle coloration rouge. Les valvules sont très saines. L'embouchure des artères coronaires est perméable. Il n'y a pas de traces de lésions athéromateuses sur les valvules ni sur les gros vaisseaux.

Le *foie* pèse 1740 grammes. On constate quelques adhérences anciennes entre la face inférieure du diaphragme et la face convexe du foie. Au sein de ces adhérences, on trouve même une plaque ossiforme de 4 à 5 centimètres de diamètre environ. La surface du foie est lisse; son tissu a sa coloration et sa consistance normales. La vésicule biliaire est remplie de bile verdâtre. Pas de calculs.

Les *reins* pèsent chacun 160 grammes. La capsule se sépare très aisément de la substance corticale. Pas d'aspect granuleux de la surface. Sur les coupes, le parenchyme rénal est fortement congestionné, mais les deux substances paraissent bien distinctes et normales.

Les *uretères* sont perméables.

La *vessie* contient environ 100 grammes d'urine.

La *rate* est petite, lésée, assez ferme. Elle pèse 90 grammes.

Le *pancréas* est normal.

Les *muqueuses de la langue et de l'œsophage* ne paraissent pas altérées.

L'*estomac* renferme quelques grammes de liquide rougeâtre. La muqueuse est saine.

L'*intestin* est normal. Cependant, vers le milieu de l'intestin grêle et dans une longueur de un mètre environ, on constate une congestion assez intense de la muqueuse, sans hémorrhagies ni ulcérations.

Les *artères des membres* sont souples, élastiques, sans athérome.

Aussitôt après l'autopsie des fragments du bulbe et de la moelle cervicale de Bergé furent envoyés par la poste au laboratoire de M. Pasteur. Ces fragments, inoculés par trépanation à des lapins, leur communiquèrent la rage. Ces animaux succombèrent du douzième au quatorzième jour (communication orale de M. Roux).

D'autres fragments des mêmes régions des centres nerveux furent confiés à M. Féré, qui inocula dans le laboratoire de M. le professeur Oré un lot de six lapins et de quatre cobayes. Voici d'ailleurs, tels qu'ils nous ont été communiqués, les résultats de ces inoculations:

Animaux inoculés avec la substance nerveuse centrale de Bergé

Animaux inoculés	Date de l'inoculation	Date des premiers accidents	Nature des accidents	Date de la mort	Durée de l'évolution rabique
1o Avec le bulbe:					
Lapin 1.....	31 janv.	»	Mort des suites de l'opération	1er févr.	»
Lapin 2.....	»	11 févr.	Paralytiques	14 id.	14 jours
Lapin 3.....	»	11 id.	Id.	15 id.	15 id.
Cobaye 1...	»	»	Mort des suites de l'opération	1er id.	»
Cobaye 2...	»	10 id.	Mixtes	13 id.	13 id.
Cobaye 3...	»	10 id.	Id.	13 id.	13 id.
2o Avec la moelle cervicale:					
Lapin A....	1er fév.	14 id.	Paralytiques	18 id.	17 id.
Lapin B....	»	14 id.	Id.	18 id.	17 id.
Lapin C....	»	14 id. 2 avril	Accidents paralytiques légers Accidents paralytiques graves	6 avril	64 id.
Cobaye A...	»	25 févr.	Accidents paralytiques	27 févr.	26 id.

D'après ce tableau, on voit que presque tous les animaux inoculés sont morts dans les limites ordinaires et qu'ils ont présenté les accidents normaux de la rage.

Il faut faire une exception pour le lapin (c) qui a présenté une particularité intéressante, signalée du reste par M. Pasteur dans ses communications à l'Académie des sciences, 25 février 1884. Il a eu deux périodes d'accidents: une atteinte légère le 14 février, en même temps que les autres lapins soumis à la même inoculation, et une atteinte grave, ayant amené la mort le 6 avril. Nous devons ajouter que l'atteinte légère n'avait laissé chez lui aucune trace. Il est du reste bien mort de la rage, car avec son bulbe on a inoculé deux autres lapins le même jour. L'un de ces derniers, après avoir présenté des accidents paralytiques manifestes, est mort le

18 avril; l'autre, après avoir présenté les mêmes accidents, est mort le 29 avril.

Nous avons encore vérifié l'existence de la rage chez les lapins 2 et 3 et chez le cobaye 3, en inoculant leurs bulbes. Les animaux inoculés sont morts rabiques.

Nous avons tenu, vu l'actualité de la question, à rapporter cette observation dans tous ses détails; mais, les phénomènes rabiques n'ayant en somme présenté dans leur marche et leur évolution rien d'anormal, nous croyons inutile de la faire suivre de longues réflexions. Il nous suffira seulement de rappeler quelques particularités intéressantes :

1° *La longue durée de l'inoculation, ou plutôt de la période prodomique* (de août 1886 au 23 janvier 1887), *débutant par de la tristesse et du changement dans le caractère;*

2° *L'absence d'irradiations douloureuses de la cicatrice;*

3° *La paraplégie cervicale se manifestant vingt-quatre heures avant la mort;*

4° *Enfin, l'abaissement de la température qui s'est maintenue jusqu'aux derniers moments.*

Ces particularités pourraient être rapprochées de faits analogues observés déjà. Mais, pour bien les étudier, il faudrait entrer dans quelques développements, ce que nous ne pouvons faire ici. Nous préférons donc nous abstenir de toute interprétation plutôt que de tirer d'une observation isolée des conclusions qui pourraient être justement contestées.

PATHOLOGIE INTERNE

NOTE SUR UN CAS DE CANCER PRIMITIF DE LA PLÈVRE ET DU PÉRICARDE.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro.

Sortie de l'hôpital le 13 septembre, Guil. Poiré entra de nouveau dans le service, le 15 décembre suivant, soit *trois mois après*. Voici ce qui s'était passé dans cet intervalle. Tout alla bien durant les quinze premiers jours; la malade avait repris son travail de ménagère, accomplissant sans aucune gène sa besogne quotidienne. Mais, après cette période de calme, elle éprouva des douleurs lancinantes dans le côté droit. Bientôt la gêne respiratoire reparut; la malade perdit l'appétit, s'affaiblit rapidement et dut cesser de travailler.

Le 5 novembre, en s'éveillant, elle remarqua que sa figure était gonflée, bouffie; quelques jours après, elle fut prise tout à coup d'un accés de suffocation. Son visage, dit-elle, devint violacé; elle eut le vertige et tomba sur le sol en appelant au secours. Elle perdit connaissance et, lorsqu'elle reprit ses sens, une heure après, le médecin appelé lui avait fait mettre des sangsues à la nuque et des sinapismes aux jambes. Les jours suivants, le gonflement de la face était si prononcé qu'elle ne pouvait plus ouvrir les yeux.

Sous l'influence du repos au lit, l'œdème diminua un peu, mais la respiration s'embarrassant de plus en plus, la malade se décida à retourner à l'hôpital.

A son entrée (15 décembre), elle était dans l'état suivant :

Œdème et cyanose de la face, du cou, des membres supérieurs et de la partie sus-diaphragmatique du tronc. Les jugulaires sont turgides; on voit se dessiner au-devant du sternum et des épaules le réseau des veines sous-cutanées dilatées, variqueuses même sur certains points.

Pas trace d'œdème aux membres inférieurs; pas d'ascite. L'examen de la poitrine fait par M. C. Paul révélait les signes suivants :

Du côté gauche, sonorité et respiration normale; à peine quelques râles sibilants.

Du côté droit et en avant : matité absolue dans toute la hauteur du poumon, sauf peut-être immédiatement sous la clavicule où il existe un peu de sonorité. La zone de matité, qui se confond en bas avec la zone hépatique, est limitée en dehors par une ligne courbe, dont le sommet touche à la ligne axillaire vers le quatrième espace intercostal; en dedans, la limite de la matité ne dépasse guère le milieu du sternum au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux; plus bas, elle se continue avec la matité cardiaque. Respiration nulle, vibrations vocales abolies, pas de transmission de la voix.

En arrière : vibration conservée et peut-être augmentée. Sonorité parfaite à la partie moyenne, un peu affaiblie vers la base et dans les fosses sus et sous-épineuse. Au tiers inférieur, râles sous-crépitants. Dans la partie moyenne, la respiration s'entend assez forte, et non soufflante. Au sommet, respiration très affaiblie, coupée de quelques râles secs ou frottements.

Deux ponct ions avec la seringue de Pravaz pratiquées, l'une en avant, l'autre en arrière, ne donnent pas de liquide.

L'épanchement ne s'est donc pas reproduit.

Pas d'embarras laryngé; la voix est bien conservée; la respiration pénible, spasmodique.

Il existe : 1° un amas de ganglions durs, indolents et peu mobiles dans le creux sus-claviculaire droit; 2° un petit ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche; pas d'adénopathie axillaire ni cervicale.

Le pouls est plein, régulier, égal. Rien au cœur. L'exploration attentive de tous les autres organes ne révèle rien d'important à noter.

En présence de ces signes, le diagnostic de cancer s'imposait. Mais il restait à déterminer s'il s'agissait d'un néoplasme né dans le médiastin et ayant simplement refoulé le poumon, ou bien si la tumeur s'était développée primitivement dans la plèvre et à la surface du poumon. C'est à cette dernière hypothèse que se rangea M. C. Paul, se fondant en cela sur l'*absence de déplacement du cœur* et sur la limitation de la matité à la ligne médiane du sternum.

La malade succombait quelques jours après aux progrès de l'asphyxie.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, en soulevant le sternum et les cartilages sectionnés, on aperçoit une masse blanchâtre, indurée, à surface inégale, cachant la presque totalité de la face antérieure du poumon droit et le péricarde lui-même, dans sa partie immédiatement contiguë à la plèvre droite. La tumeur est limitée en dedans par un bourrelet très net qui s'avance en recouvrant l'oreillette droite jusqu'au bord externe de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. En dehors, elle adhère solidement à la paroi et au poumon, unissant les deux plèvres qui sont confondues en elle; la nappe néoplasique s'étend dans cette direction jusqu'à la ligne axillaire. A ce niveau, son bord épais et nettement tranché limite la partie restée libre de la cavité pleurale; inférieurement, la tumeur s'étend jusqu'au niveau de la cinquième côte. Sa limite supérieure décrit une courbe convexe en haut, dont le sommet touche à la deuxième côte et redescent ensuite, en

croisant un peu la face postérieure du sternum sur le péricarde, où elle suit le trajet sus-indiqué.

Par la dissection, et en pratiquant une série de coupes, on constate : Que la masse cancéreuse est limitée aux deux feuillets de la plèvre et n'a fait que refouler le poumon, qui n'est nullement envahi ; bien qu'adhérente aux espaces intercostaux, elle ne fait pas corps avec la face interne des côtes; on peut l'en décoller. Au niveau du bord droit du cœur, la lame néoplasique infiltre la partie du péricarde qui recouvre l'oreillette et l'auricule droits ; elle a donc dans son ensemble la forme d'une plaque recouvrant la face antérieure du poumon et qui s'éviderait en coupe à son bord interne, pour recevoir l'oreillette du cœur droit.

Le maximum d'épaisseur de la couche néoplasique correspond au cul-de-sac antérieur de la plèvre. En ce point, elle mesure à peu près 4 centimètres ; mais la tumeur reste superficielle, attenante au sternum. Elle ne s'enfonce pas profondément dans le médiastin, dont les ganglions seuls sont envahis ; de ce point, elle s'étale en lame d'épaisseur décroissante au devant du poumon droit et sur la partie voisine du péricarde de la façon que nous avons décrite.

La veine-cave supérieure est à sa partie terminale, sur une hauteur de 3 centimètres, complètement englobée par la tumeur, qui la comprime et l'aplatit ; mais ses parois ne sont pas dégénérées, et il n'y a pas de bourgeons cancéreux ni de caillots dans l'intérieur de son calibre. La veine-cave inférieure et les autres vaisseaux de la base du cœur échappent à la compression.

La *plèvre* droite, en dehors des limites de la tumeur, ne contient pas de liquide. Sa surface est inégale, placardée de fausses membranes d'épaisseur variable, se laissant dilacérer aisément.

Dans la plèvre gauche, quelques centaines de grammes de liquide séreux clair. Pas de noyaux cancéreux ni dans l'un ni dans l'autre poumon.

Le cœur est un peu hypertrophié; ses parois offrent à la coupe leur aspect normal. Il n'y a pas de lésions des orifices, pas traces de péricardite, bien que le feuillet pariétal soit partiellement envahi.

Le foie, la rate, l'estomac et le tube intestinal, dans toute leur étendue, ont été minutieusement examinés et trouvés sains. Il y avait seulement de la congestion du parenchyme hépatique et des reins. Les glandes mammaires ne présentaient aucune tumeur, aucun noyau suspect; il en était de même de l'utérus, de la vessie et des ovaires.

Examen de la tumeur et de la plèvre. — Cancer encéphaloïde ; néo-membranes de la plèvre *très vasculaires.*

A la coupe, la tumeur paraît assez ferme; elle est de couleur blanc-grisâtre. Le râclage donne un suc d'apparence laiteux, assez abondant. La limite de la tumeur est bien nette, et du côté du poumon et du côté de la paroi costale. On peut, avec le manche du scalpel, la décoller du plan thoracique ; on voit ainsi qu'elle ne fait pas corps avec la face interne des côtes. La lame fibreuse qui double la face postérieure de ces derniers et les espaces intercostaux semble lui avoir opposé une barrière qu'elle n'a pas franchie. L'aspect de la surface de section n'est pas uniforme. Sur certains points, il existe de petites cavités kystiques du volume d'un pois et contenant une bouillie jaunâtre d'apparence caséeuse ; la paroi de ces kystes n'est pas bien tranchée. Cependant, entre le tissu ferme qui les enveloppe et le détritus demi-liquide central, se trouve une substance mollasse, granuleuse, qui s'énuclée bien et se détache en masse du tissu environnant.

Çà et là quelques petits foyers hémorrhagiques, mais pas de kystes sanguins, pas de gros vaisseaux.

A l'examen microscopique des coupes pratiquées après durcissement dans l'alcool absolu et colorées au picro-carmin, on voit que la tumeur est constituée par un stroma fibreux dont les mailles contiennent des éléments cellulaires de formes très diverses et à noyaux réfringents ; mais, sur certains points, les cellules se groupent en lobules arrondis et là leur forme est plus généralement sphérique. Quand on examine les plus volumineux de ces amas cellulaires, on voit que les cellules placées au centre ont subi la dégénérescence graisseuse à leur périphérie. Ces petits amas sont en effet formés par des cellules à protoplasma peu granuleux, à noyau bien coloré ; mais cette coloration disparaît peu à peu vers la zone centrale, les noyaux deviennent indistincts, les éléments se chargent de granulations réfringentes ; enfin, tout à fait au centre du lobule, on ne voit plus qu'une substance jaunâtre, finement granuleuse. Ces groupements cellulaires avec des intégrations granulo-graisseuses centrales sont évidemment l'origine des cavités pseudo-kystiques sus-indiquées; ils paraissent avoir point de départ la paroi de vaisseaux dégénérée. Ces derniers présentent en effet sur de nombreux points de leur trajet de petits amas de cellules polymorphes cancéreuses.

Plèvre droite. — Les coupes pratiquées sur des fragments de la plèvre pris en dehors de la tumeur, là où il n'existait que des fausses membranes, sont constituées par deux plans bien distincts : l'un, profond, de texture conjonctive, répond évidemment à la plèvre proprement dite ; l'autre, d'une épaisseur plus considérable, n'est autre que la membrane ; elle est constituée d'un tissu fibro-cellulaire traversé de petits vaisseaux dont la plupart sont remplis de globules sanguins. Sur certains points, ces vaisseaux présentent des dilatations très nettes ; mais nulle part nous n'avons trouvé de vestiges d'extravasations sanguines ni de globules rouges infiltrés dans le tissu de la néo-membrane.

En résumé, l'observation que nous venons de relater nous semble être un exemple de cancer primitif de la plèvre, dans l'évolution clinique duquel nous avons voulu souligner les particularités suivantes :

1° La pleurésie hémorrhagique par laquelle s'est révélée la tumeur n'a pas présenté les allures habituelles des pleurésies cancéreuses, puisque l'épanchement a disparu après une ponction incomplètement évacuatrice et qu'il ne s'est pas reproduit durant les trois mois qui se sont écoulés depuis la ponction jusqu'à la mort de la malade.

2° La constatation *post-mortem* de la pachypleurite qui a précédé ou suivi l'épanchement hématique, laisse incertaine l'origine de l'hémorrhagie. Aussi bien celle-ci a pu être causée par la rupture de vaisseaux situés à la périphérie de la tumeur (et la forte proportion de fibrine contenue dans le liquide de l'épanchement plaide en faveur de cette hypothèse); auquel cas la pleurite et ses néoformations vasculaires seraient consécutives à l'hémorrhagie intra-pleurale. Ce qui est certain, c'est que, en dépit de la pachy-pleurite concomittante, l'épanchement hématique ne s'est pas reproduit et que l'existence de celle-ci n'a pas pour effet nécessaire la persistance et l'incessante reproduction de celui-là.

A. Dutil.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire, par le professeur Th. Kocher, de Berne (*Centralblatt für Chirurgie*, 1887, nos 26 et 27).

La question de savoir quel rôle revient au juste à la peau dans la pathogénie de l'affection connue depuis les travaux de Dupuytren sous le nom de « rétraction de l'aponévrose palmaire » est encore très controversée. En Allemagne (Busch, Madelung, Baum, etc.) comme en France (Velpeau), il s'est trouvé des chirurgiens qui ont attribué aux altérations de la peau une part prépondérante dans la production de la flexion persistante des doigts, qui est le symptôme capital de cette affection. La majorité des auteurs a pris parti pour l'opinion contraire, qui fait jouer aux altérations de l'aponévrose palmaire un rôle prédominant, sinon exclusif. Cette question de pathogénie a une grande importance pratique, car l'intervention opératoire différera suivant le point de vue qu'on adopte.

M. Kocher, le chirurgien bien connu de Berne, apporte à l'appui de l'opinion dominante, des arguments de faits, empruntés les uns à l'anatomie pathologique, les autres à la clinique. Les préparations qu'il a eu l'occasion de faire sur le vivant, chez un certain nombre de sujets affectés de la rétraction de l'aponévrose palmaire, ont donné des résultats qui concordent avec ceux qu'avait obtenus précédemment M. P. Richer (Voir *Bulletin de la Société anatomique*, 1877, p. 124). Elles lui ont laissé cette conviction, que la rétraction palmaire des doigts, survenant d'une façon spontanée, indépendamment de toute lésion superficielle (brûlure, cicatrice de la peau) est en rapport avec des altérations qui ont pour siège exclusif l'aponévrose palmaire.

M. Kocher a opéré, dans le cours de ces dernières années, quatre cas de rétraction de l'aponévrose palmaire. La technique opératoire qu'il a adoptée s'inspirait de la conviction que nous venons de dire. La peau était fendue dans le sens de la longueur, puis isolée par voie de dissection des brides et des nodosités qui venaient saillir à travers les incisions. Elle restait donc intacte, et on avait ainsi l'occasion de juger de son influence sur la flexion des doigts. L'opération étant faite à blanc, grâce à l'emploi de la bande d'Esmarch, il devenait facile d'étudier sur le vivant l'état des choses considéré à l'œil nu. Les tissus excisés ont fait, d'autre part, l'objet d'un examen histologique minutieux, qui a été confié au professeur Langhans, et dont les résultats seront reproduits plus loin en détails. Dans les quatre cas, l'opération a été couronnée de succès, ainsi qu'en témoignent les renseignements suivants, fournis sur le sort des opérés.

Observation I. — L'opération a eu lieu au mois de juin 1884, sept années après le début des accidents. Aussitôt après l'excision d'une bride d'aspect tendineux, faisant corps avec l'aponévrose palmaire, et après occlusion de la plaie cutanée par des points de suture, le sujet pouvait de nouveau mouvoir les doigts de la main en toute liberté. Il y a quelques semaines, trois ans après l'opération, le patient faisait savoir que ses doigts n'avaient plus repris l'attitude de la flexion persistante, qu'il était très satisfait de l'opération, qu'il ne pouvait toutefois utiliser ses deux doigts du milieu pour écrire, forcé qu'il était de maintenir la plume entre le doigt et l'index.

Observation II. — Cette observation concerne un confrère âgé de 42 ans, chez lequel, à l'époque de l'opération (1885), l'affection datait de quatorze ans. Les deux mains étaient prises. Deux années plus tard (29 avril 1887), le patient, dans une lettre détaillée, reconnaissait que l'opération avait donné des résultats très satisfaisants. Immédiatement après, l'extension complète des doigts n'était pas encore possible, à cause d'une ankylose des secondes articulations phalangiennes des doigts rétractés. Sous l'influence du massage et de mouvements méthodiques, cette situation s'était améliorée au point que, lors d'une tentative d'extension spontanée de la main droite, les extrémités des deux doigts primitivement rétractés ne restaient distants que de 2 centimètres environ de la ligne qui passait par les extrémités des autres doigts. En leur imprimant des mouvements passifs, on réussissait à les amener à l'attitude normale. Avec cette main, le patient pouvait fermer le poing; toutefois, l'extrémité de l'annulaire n'arrivait pas jusqu'à la paume de la main, en restait distant de un demi centimètre environ. Le patient pouvait se servir en toute liberté de cette main; il arrivait même à jouer du piano. Résultat tout aussi satisfaisant à gauche, où on était intervenu pour remédier à la flexion persistante du petit doigt. Toutefois, sur la ligne qui correspondait à l'annulaire, une nodosité conjonctive, en voie de formation, menaçait, en progressant, de produire la rétraction du doigt en question. Le patient rappelait que deux années avant d'être opéré par M. Kocher, il avait subi, à Vienne, l'extension forcée des doigts rétractés de la main droite et la section sous-cutanée de la portion de l'aponévrose, en rapport avec le petit doigt à gauche, double intervention qui n'avait eu qu'un résultat insuffisant et passager. Il ajoutait qu'à son idée, il y aurait avantage à opérer le plus tôt possible, avant la formation d'une ankylose. Enfin, renseignement intéressant au point de vue de l'étiologie, le père, un oncle et un frère du patient étaient affectés de la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Observation III. — Homme de 52 ans, conducteur des postes. Le début de l'affection remontait à deux ans. Flexion persistante de l'annulaire de la main gauche; depuis quinze jours seulement, induration, en forme de bride, de la portion de l'aponévrose palmaire, située sur l'axe du pouce. Mêmes altérations à droite, depuis un an. Opération le 12 mai 1886. Le patient s'est représenté le 28 avril 1887. Il pouvait se servir de ses mains pour toutes sortes de travaux, légers ou fatiguants. Lorsqu'il soulevait un fardeau, il éprouvait une gêne, par suite de la pression qui s'exerçait sur la cicatrice cutanée de la paume, au-dessous de l'annulaire. Le patient pouvait étendre ses doigts sans difficulté. Au repos, il subsistait encore une flexion (45°) au niveau de la première articulation inter-phalangienne de l'annulaire, des deux côtés.

Observation IV. — Cette observation concerne un pharmacien. Durée de l'affection : quatorze ans à droite, quatre ans à gauche, au moment de l'opération (22 novembre 1886). Le patient a été revu il y a peu de temps. L'extension active des doigts pouvait se faire d'une façon très satisfaisante; extension passive, complète. Au niveau de la cicatrice, le toucher développait une sensation désagréable. Le patient se disait très heureux de pouvoir de nouveau se servir de ses doigts pour faire de la musique.

Examen histologique. — L'examen histologique des nodosités et des brides conjonctives a été pratiqué par le pro-

fesseur Langhans. L'aponévrose a été durcie dans l'alcool, puis déposée dans la celluloïdine. Avec le microtome de Thomas, on a pratiqué des conpes très fines, perpendiculaires à l'axe longitudinal de l'aponévrose. Les conpes ont été colorées an carmin boraté. Le tissn conjonctif, an contact de l'alcool additionné d'acide chlorhydriqne, n'a pas snbi de boursoufflement.

Avec un faible grossissement, on constatait déjà par places des foyers de prolifération nncléaire, qui se révélaient par une coloration plus foncée. Le foyer le plns volnmineux occnpait le milien environ de l'aponévrose, sous forme d'une strie rongeâtre,de 2 à 3 millimètres, qui croisait obliquement l'axe longitudinal de l'aponévrose. De chaque côté il s'en détachait de courts prolongements, qui s'insinuaient entre les faisceanx avoisinants de fibres longitudinales. A ce niveau, l'aponévrose était le siége d'une tuméfaction très nette, d'intensité moyenne. Dans le tissu adipeux avoisinant, on apercevait encore quelques petites taches et quelques stries fortement colorées, qui répondaient, comme siége, aux vaisseaux sanguins et à lenr pourtonr. — Dans le reste de l'aponévrose, on déconvrait deux antres amas de noyanx proliférés, de moindre étendue.

Au niveau de ces foyers, le microscope laissait voir, en somme, les altérations qui caractérisent le processus de néoformation conjonctive. Les cellules de l'aponévrose et des gaînes vasculaires étaient à la fois augmentées de volume et de nombre. De traces d'un travail inflammatoire, telles que diapédèse de leucocytes, point.

Les portions de l'aponévrose, pauvres en noyaux, étaient décomposées en faisceaux, par des stries minces d'un tissu riche en vaisseaux, variables comme nombre et comme épaisseur. Par places, on n'en trouvait que deux sur une largeur d'aponévrose de 2 millimètres ; ailleurs, en se rapprochant de la périphérie de l'aponévrose, on en trouvait jusqu'à quatre et cinq. Ces stries sont constituées par du tissu conjonctif plus lâche, dans l'épaisseur duquel il est impossible de découvrir des vaisseaux (sur la pièce non injectée). Dans l'épaisseur des faisceaux séparés par les stries, on ne découvrait qne de rares noyaux, assez régulièrement espacés les uns des autres, très longs et grêles, en forme de bâtonnets, se présentant en maints endroits sous la forme de stries d'un rouge foncé. Des foyers semblables de prolifération nucléaire existent également dans le tissu adipeux avoisinant l'aponévrose ; là c'est principalement dans les gaînes des petits vaisseaux artériels que s'est fait une prolifération active de noyaux ; de même, au voisinage des capillaires il s'était formé une sorte de tunique adventice sub-endothéalile, très riche en noyaux.

En résumé, les résultats de l'examen histologique ont fourni la preuve que dans les quatre cas en question, l'aponévrose palmaire était le siège d'altérations disposées par foyers et consistant dans une prolifération de noyaux ; comme,d'autre part, la peau n'avait ancunement pâtie dans son élasticité, M. Kocher conclut que dans l'affection décrite par Dupuytren sous le nom de « rétraction de l'aponévrose palmaire », la lésion anatomique est limitée à cette aponévrose.

Partant de là, M. Kocher a entrepris la critique des procédés opératoires qui tendent à remédier aux troubles fonctionnels qu'on observe dans les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, en mobilisant la peau. Pour Kocher, le « seul procédé correct, pour obtenir la guérison radicale de la contracture des doigts, autrement dit la rétraction de l'aponévrose palmaire an sens de Dnpuytren, consiste dans l'extirpation de l'aponévrose épaissie et raccourcie, ainsi que de ses expansions, extirpation pratiqnée à travers de simples incisions longitndinales de la pean. »

Dans les cas invétérés, il pourra cependant y avoir avantage à extirper un fragment de pean, afin d'utiliser pour la réunion, des lambeaux cntanés réalisant autant qne possible une strncture normale et pas trop amincis.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales (suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier (22e année, 1886). — Paris, Félix Alcan, 1887. Un vol. in-12o de 516 pages. — Prix : 7 francs.

Nons ne pouvons que répéter cette année ce que nous avons déjà dit tant de fois sur ce Dictionnaire. Il complète, comme le dit le titre même, non seulement les dictionnaires de médecine auxquels il sert de supplément, mais encore les journaux. Chaque médecin qui reçoit deux ou trois journaux est par là même tenu au courant de la science et des doctrines ; il trouve dans les feuilles qu'il reçoit des théories et des discussions. Le Dictionnaire de M. Garnier, tout en s'en tenant plus spécialement aux faits, ne manque pas cependant de rapprocher sons un même paragraphe ceux qui se rattachent à la même matière et de faire sur cet ensemble de judicieuses réflexions. Les méthodes, les médicaments nouveaux, les sujets de prix, une neurologie bien complète, l'analyse de livres marquants, rien n'est néglgé par M. Garnier qui, chaque année, perfectionne davantage son recneuil. Comme toujours, les matières qui composent son Dictionnaire sont précédées d'une introduction savante qui résume en quelqnes pages snbstantielles et d'un style tont particulier les progrès de la science médicale pendant l'année qui précède.

On ne saurait trop recommander le 22e volume, qui complète une véritable encyclopédie très riche de faits et fort précieuse pour le médecin praticien, aussi bien que pour le chercheur et l'érudit.

Dr D.

REVUE DES THÈSES

De l'amputation de la jambe au lieu d'élection, par M. Léon Delattre. — Thèse de doctorat. Paris, 1886.

Parallèle entre la méthode circulaire, la méthode à lambeau externe, la méthode à deux lambeaux.

L'auteur donne la préférence à la méthode à deux lambeaux, préconisée par Verneuil ; elle est d'exécution facile, permet de prévenir à coup sûr l'hémorrhagie, n'expose pas à la gangrène et donne un moignon régulier.

L'anteur décrit le mannel opèratoire d'après la pratique de Gnermonprez (de Lille), un peu différent de celui décrit par Verneuil, et il insiste plus particulièrement sur la taille par transfixion du lambean postérieur et surtout sur la suture musculaire profonde qui a un double résultat. Le lambean postérieur est soutenu puissamment par le lambean antérieur auquel il est solidement uni, et le lambeau antérieur est at-

tiré en bas, en arrière et en dedans, au-dessous de la surface de section du tibia.

Quatre malades, dont est rapportée l'histoire, ont été opérés par ce procédé, et toujours le résultat a été excellent. M.

NOTES & INFORMATIONS

M. Ritchie, président du *Local government board*, répondant à une interpellation, a annoncé que le rapport du Comité chargé d'étudier la méthode Pasteur pour le traitement de la rage est actuellement soumis à l'examen du gouvernement. Quant aux démarches à faire pour l'introduction de la méthode en Angleterre, elles seront probablement plutôt *tentées par les autorités locales* que par le gouvernement, conformément à une loi depuis longtemps inscrite dans le Code de législation anglaise.

— Dans sa séance du 25 juin, l'Académie royale de médecine de Belgique a procédé à la nomination de quatre membres correspondants belges et de huit membres correspondants étrangers.

MM. Feigneaux (Bruxelles), Lenty (Tournay), Van Ermengbem (Gand) et Venneman (Louvain), ont été nommés correspondants belges.

L'Académie a nommé membres correspondants étrangers: MM. Arloing, directeur de l'Ecole vétérinaire et professeur à la Faculté des sciences de Lyon; Paul Fabre, médecin des mines, etc., à Commentry; V. Faucon, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille; A. Layet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; G. Dragendorff, professeur à la Faculté de médecine de Dorpat; G. Pini, médecin-directeur de l'Institut des rachitiques à Milan.

POLICE SANITAIRE DES ANIMAUX DOMESTIQUES EN BELGIQUE. — Deux arrêtés royaux publiés dans le MONITEUR du 8 juillet apportent les modifications suivantes aux règlements sur la police sanitaire des animaux domestiques :

« Le ministre de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics, peut ordonner l'abattage des bêtes suspectes, dans le cas où des foyers importants de morve, de farcin ou de pleuro-pneumonie contagieuse viendraient à s'établir dans des conditions telles que l'abatage des animaux atteints serait reconnu insuffisant pour éteindre ces foyers.

» Cette mesure est prise, autant que possible, d'accord avec le propriétaire, sur la proposition d'un délégué spécial, et de l'avis conforme du Comité consultatif des épizooties.

« Le ministre de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics, peut également ordonner l'abattage, après entente préalable avec le propriétaire, de chevaux suspects d'être atteints de morve ou de farcin, chez lesquels les symptômes ne font pas entrevoir la fin de la période de suspicion.

« L'indemnité allouée en cas d'abattage d'animaux suspects est fixée à la moitié de la valeur de ces animaux. Elle ne pourra, toutefois, dépasser la somme de 300 fr. par tête.

« L'indemnité sera réglée de la même manière si, à l'autopsie des chevaux abattus, la présence de la morve ou du farcin n'est pas reconnue. Dans le cas contraire, le taux de l'indemnité sera fixé conformément à l'article 5 du règlement relatif au fonds d'agriculture. »

— ÉPIDÉMIE DE SUETTE. — On nous communique la note suivante :

Les médecins des hôpitaux soussignés, réunis le 7 juillet 1887, sous la présidence de M. le Maire, président de la Commission administrative des hôpitaux de Poitiers, affirment que depuis le 1er janvier 1887, ils n'ont constaté ni dans les hôpitaux ni dans leur clientèle aucun cas de suette miliaire épidémique, et que sur les quinze malades miliaires actuellement à l'Hôtel-Dieu, douze ont été atteints de rougeole bénigne et trois de scarlatine, sans aucune complication.

Ont signé : MM. Robert, Jaillet, Chedevergne, Jablonski, Pouliot, Ancbé, Antellet, Poisson, Pion, Rolland, Berland.

— CHOLÉRA. — Le ministre du commerce et de l'industrie a décidé que les provenances de la Sicile seront soumises dans les ports français de la Méditerranée à une observation de trois jours, et dans les ports de l'Océan et de la Manche à une visite médicale.

Les provenances de l'Italie continentale, du cap Santa-Maria di Leucca à Naples inclusivement, seront soumises à une observation de vingt-quatre heures dans les ports français de la Méditerranée, et à une visite médicale dans les ports de l'Océan et de la Manche.

— ITALIE. — Une ordonnance ministérielle qui vient d'être publiée à Rome prescrit des mesures sanitaires plus efficaces au sujet des provenances des ports de Catane, Rocella et Jonica. Aucun navire ne pourra quitter Catane sans avoir subi préalablement une visite médicale. Les steamers embarquant des voyageurs entre Messine et Syracuse, Pizzo et Cotrone, seront astreints à la même visite dans toutes les échelles Les navires où l'on constaterait quelques cas de choléra devront être désinfectés.

R. F. D.

NOUVELLES

NOMINATIONS DANS LA LÉGION D'HONNEUR. — Au grade de commandeur : M. Dujardin-Beaumetz.

Au grade d'officier : M. Nielly, médecin en chef de la marine ; M. Guillemin, médecin principal de première classe ; M. Moussu, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital d'Amélie-les-Bains; M. Schaumont, médecin principal de deuxième classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne ; M. Bazille, médecin principal de deuxième classe, à l'hospice mixte d'Arras (salles militaires); M. Tardif, médecin-major de première classe au 31e régiment d'infanterie; M. Le Roy des Barres, chirurgien résident de la maison d'éducation de Saint-Denis.

Au grade de chevalier : M. Fontorbe, médecin principal ; MM. les médecins de première classe : Charriez, Brémaud, Joubin, Rémond, Cognes, Rochard ; MM. les médecins-majors de première classe : Gils, Heuyer, Pons, Bélime (à l'École d'application de cavalerie); MM. les médecins majors de deuxième classe : Grosse, Deschamps, Gatumeau, Warion, Franchet, Thonvenin, Sourris ; M. Dechaux, pharmacien-major de deuxième classe; M. Blet, médecin de la Chambre des députés.

BANQUET OFFERT A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL. — Les collègues, les amis et les élèves du professeur Verneuil, se sont réunis autour de lui à l'occasion de sa nomination à l'Institut. Un Banquet cordial lui a été offert à l'hostellerie du Lion d'Or. Plus de 120 convives ont témoigné au maître de leur sympathie et de leurs souvenirs d'autrefois ; il a eu, l'on devait s'y attendre, un discours spirituel pour tous, un mot aimable pour chacun. Nous avons remarqué dans l'assistance MM. les professeurs Charcot, Brouardel, Laboulbène, Lannelongue, Ball, Cornil ; MM. les agrégés Pozzi, Reclus, Segond; les élèves intimes du professeur, MM. Petit, à qui l'on doit la belle organisation du banquet; A. Broca, etc., et nous avons retrouvé là quelques bénévoles, comme nous, d'il y a quarante ans, heureux de serrer la main d'un maître excellent et sympathique entre tous. Dr A. D.

CONCOURS DE CLINICAT. — Sont nommés chefs de clinique médicale :

MM. Durand-Fardel et Martinet.

M. Gilles de la Tourette a été nommé chef de clinique des maladies du système nerveux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Gouzien. Topographie médicale de l'Ile-de-Sein (Finistère). — Mme Conta. Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants et de ses conséquences au point de vue de l'acconchement. —M. Fourtoul. Aperçu sur le climat et la pathologie de la Guyane. —M. Aliot. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire dans la tuberculose pulmonaire. — L'eau potable et la fièvre typhoïde.

M. Bouquet. Clon de Biskra. — M. Tscherning. La loi de Listing.

M. Bordes-Pagès (Alfred). De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale.—M. Fauvel (Julien). De la phlébite aiguë des sinus de la dure-mère.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 3 AU SAMEDI 9 JUILLET 1887

Fièvre typhoïde 21.—Variole 7.— Rougeole 29.— Scarlatine 5. — Coqueluche 2.— Dipthérie, croup, 29 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 179.— Autres tuberculoses 29. — Tumeurs : Cancéreuses 37. — Autres 4. — Méningite 35. — Congestion et hémorr. cérébr. 49. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 9.— Maladies organiques du cœur 46.— Bronchite aiguë 20. — Bronchite chronique 22. — Broncho-pneumonie 18. — Pneumonie 23. — Gastro-entérite : Sein 30. — Biberon 50. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 2.— Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 12. — Sénilité 30. — Suicides 20. — Autres morts violentes 13.— Autres causes de mort 183. — Causes inconnues 4.— Total de la semaine: 924 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de l'angine de poitrine, par M. le docteur Gélineau. Un volume in-8 de 620 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

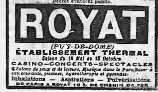
L'art d'élever les enfants, par le docteur Brochard, 15e édition. In-12 de 24 pages. — Prix : 25 centimes. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Étude médico-philosophique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme, par M. le docteur Pouillet. Un volume in-18 de 220 pages (5e édition). — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine.

M. PASTEUR. *Sa nouvelle méthode dite méthode intensive peut-elle communiquer la rage? Réponse à cette question,* par le docteur Constantin James, ancien collaborateur de Magendie. Brochure in-8. — Prix : 1 fr. — Paris, Lahure, éditeur, 9, rue de Fleurus.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

SUR LE RETOUR IMMÉDIAT DE L'INNERVATION APRÈS LA SUTURE DES NERFS, par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé libre, membre de l'Académie de médecine.

Lorsqu'on se propose d'étudier, chez l'homme, les phénomènes si discutés qui accompagnent la section des nerfs et leur suture, il importe, avant tout, d'avoir présentes à l'esprit les notions acquises par les recherches anatomiques modernes et par les expériences sur les animaux. Nous exposerons donc rapidement ce qu'il y a d'essentiel à connaître dans les faits anatomiques et dans les faits physiologiques, avant d'aborder les faits cliniques.

FAITS ANATOMIQUES.

En 1852, A. Waller découvre que les nerfs ont un centre trophique (ganglion rachidien pour les fibres sensitives, moelle épinière pour les fibres motrices), dont ils ne peuvent être séparés sans s'altérer profondément. Il montre qu'après la section d'un nerf mixte, les fibres sensitives et motrices du segment périphérique subissent une *dégénération de structure*, parce qu'elles ne sont plus en connexion avec leurs centres trophiques ; tandis que les fibres du segment central restent intactes, parce que leur continuité avec le ganglion rachidien et la moelle n'a pas été interrompue. Il établit, en outre, que le segment périphérique dégénéré récupère, au bout d'un certain temps, sa structure anatomique par une véritable *régénération*.

Cette belle découverte suscita de nombreuses recherches sur l'anatomie des tubes nerveux dégénérés, et devint un précieux moyen d'investigation pour distinguer le trajet des fibres nerveuses dans les nerfs.

En 1869 (BULLETIN DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES), MM. Arloing et Tripier trouvèrent dans le bout périphérique d'un nerf complètement dégénéré, un mois après sa section, quelques fibres intactes, et dans le bout central quelques fibres dégénérées. Les fibres intactes du bout périphérique ne pouvaient provenir que des nerfs voisins restés intacts. Et ces mêmes fibres, intactes dans le bout périphérique, avaient dégénéré dans le bout central, parce qu'elles étaient séparées de leur centre trophique. Les nerfs voisins eux-mêmes contenaient des fibres dégénérées provenant du bout périphérique du nerf sectionné. L'association était donc réciproque. MM. Arloing et Tripier en concluent que les nerfs sensitifs d'une région sont dans une dépendance mutuelle. Non seulement ils communiquent les uns avec les autres par de très nombreuses anastomoses, mais encore ils s'envoient réciproquement des fibres, dites *récurrentes*, qui passent d'un nerf dans le nerf voisin pour se diriger ensuite de la périphérie vers le centre. Anastomoses et fibres récurrentes se multiplient d'autant plus qu'on se rapproche de l'extrémité des

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Juillet, 1887.

Mort de Gosselin, de Vulpian et de Liouville. — Une direction ministérielle de la santé en Italie. — La statue de Jules Guislain à Gand. — MM. Bouchard et Verneuil à l'Institut. — Le prix Balestreri et le traitement du tétanos.

En vain espérais-je pouvoir changer de ton, prendre une note gaie ; et la noire pourvoyeuse des sombres bords est toujours là qui accomplit sa funèbre besogne, nous obligeant à saluer ceux qu'elle nous enlève. Sa moisson des premiers mois de l'année nous semblait devoir lui suffire. Il n'en est rien. Elle a fauché encore à tort et à travers.

Gosselin, lui, était déjà arrivé dans cette pénombre qui succède à l'éclat de la vie intellectuelle et professorale.

On lui doit quand même des regrets. Car ce maître sympathique, à vol moyen, mais d'un coup d'œil sûr ou du moins attentif et investigateur, a appris la prudence à de multiples générations d'étudiants en médecine. Bon enfant, même en chaire, il se préoccupait moins de l'effet à produire sur l'esprit des auditeurs qu'à faire pénétrer chez eux ce qu'il croyait être la vérité. Son flux de paroles fort abondant, sinon exubérant en longues phrases, n'avait d'autre but que d'étaler la vérité, de la rendre palpable, de justifier la conduite que le chirurgien allait tenir pour combattre telle ou telle maladie ou celle qu'il conseillait à ses disciples de tenir. Éloquent, non, sans doute ; mais attachant, démonstratif, et attirant puis retenant votre confiance en ses conseils, d'ailleurs toujours motivés et pleins d'autorité. Gosselin avait terminé ou à peu près son œuvre scientifique.

**

Il n'en était pas de même de Vulpian. Peu éblouissant, lui aussi, Vulpian a eu, me semble-t-il, une immense influence et des plus heureuses sur la marche générale des recherches scientifiques qui se sont multipliées en France dans le troisième tiers du XIXe siècle. Froid, chercheur, studieux, travailleur et presque toujours se mettant en garde derrière une logique scientifique plus rare qu'on ne pense chez nous, médecins, Vulpian a été mieux qu'un simple

membres. Là existent, au voisinage de la peau, de véritables réseaux nerveux, qui assurent l'exercice de la sensibilité.

Mais si l'anatomie démontre que les nerfs sensitifs des membres peuvent se suppléer, il n'en est pas de même pour les nerfs moteurs. Il n'existe pas de fibres récurrentes motrices, et la section du nerf, qui va se distribuer dans un muscle, paralyse complètement ce muscle, à moins qu'il ne reçoive son excitation motrice de plusieurs sources (1). La paralysie musculaire a donc beaucoup plus de valeur que la perte de la sensibilité pour caractériser la section d'un nerf mixte.

Jusqu'à M. Ranvier, la dégénération vallérienne avait été considérée comme une atrophie du tube nerveux. Presque tous les histologistes avaient reconnu, avec raison, que la gaîne de myéline se fragmentait, puis se résorbait. Mais ils admettaient, à tort, que le tube nerveux dégénéré était réduit à son cylindre-axe et à sa gaîne de Schwann, et que la reproduction de la myéline autour du cylindre-axe caractérisait la régénération du nerf. M. Ranvier montra que la dégénération dépend, non pas d'un processus atrophique, mais d'un processus de prolifération inflammatoire, et que les phénomènes de la dégénération et de la régénération sont beaucoup plus complexes qu'on ne le croyait avant lui (COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 1871; — ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, t. IV, 1872; — *Leçons d'anatomie générale faites au Collège de France*, 1er et 6 mars 1877). Je me bornerai à rappeler ici les points principaux de ses importantes découvertes.

Pour le savant professeur du Collège de France, la dégénération consiste essentiellement dans l'absorption et la disparition du cylindre-axe et de la myéline, avec conservation de la gaîne de Schwann. Tout nerf séparé de son centre trophique subit une altération semblable et perd ses propriétés physiologiques. Cependant, il peut se régénérer, lorsqu'une cicatrisation rétablit sa continuité avec le bout central.

Pour cette régénération, les tubes nerveux restés en contact avec les centres bourgeonnent en poussant des prolongements à travers la cicatrice. Leurs cylindres-axes pénètrent alors dans les gaînes de Schwann vides du bout périphérique, et s'étendent jusque dans les extrémités terminales du nerf.

Il arrive même souvent que le bourgeonnement du tube nerveux central se dichotomise une ou plusieurs fois. C'est ainsi que d'un seul tube nerveux et d'un seul cylindre-axe peut naître un grand nombre de tubes nouveaux. La ramification des tubes nerveux dans la cicatrice est un phénomène capital. Entrevu par Remak, mieux étudié par M. Ranvier, il explique pourquoi le tronc régénéré peut contenir autant de tubes nerveux qu'avant sa section, bien qu'il ne soit réuni au tronc central que par un filament cicatriciel quelquefois très mince.

M. Ranvier professe que tout nerf sectionné dégénère fatalement. Il nie qu'il puisse se régénérer, par un pouvoir autogénique, dans le cas où il reste séparé des centres nerveux. Par suite, le tronçon périphérique, qui ne se cicatrise pas avec le bout central, est un nerf mort au point de vue de sa structure et de sa fonction. Cette opinion, prise dans son sens absolu, est en contradiction avec les faits physiologiques et cliniques.

Enfin, la dégénération et la régénération s'observent aussi bien dans les tubes moteurs que dans les tubes sensitifs. Ces deux phénomènes sont identiquement semblables dans les deux ordres de tubes nerveux.

FAITS PHYSIOLOGIQUES.

Faits physiologiques concernant spécialement les nerfs sensitifs.—Les associations anatomiques entre les nerfs sensitifs des membres sont démontrées par deux expériences fondamentales :

1º Lorsqu'on excite directement le bout périphérique d'un nerf coupé, on provoque de la douleur. Ce phénomène, qui a été longuement étudié par Magendie, Longet et Claude Bernard, constitue la sensibilité récurrente. Il est dû à des fibres sensitives récurrentes venus des nerfs voisins, fibres dont l'existence a été directement démontrée par MM. Arloing et Tripier au moyen de la dégénérescence vallérienne.

2º Lorsqu'on sectionne deux et même trois nerfs collatéraux du doigt chez un chien, la sensibilité à la douleur persiste intacte dans tous les points de ce doigt. Un seul des quatre nerfs collatéraux suffit donc à transmettre les excita-

(1) Il faut cependant se mettre en garde contre certaines anastomoses plus ou moins constantes entre deux troncs nerveux voisins. Ainsi, il existe une anastomose fréquente entre le cubital et le médian à l'avant-bras, anastomose, signalée par Létiévant, M. Verneuil et M. Verchère, qui explique pourquoi une section du médian n'est pas toujours suivie d'une paralysie motrice de ce nerf.

---

professeur, exposant avec la plus grande clarté et une remarquable impartialité l'état de la science sur tant de points qui nous étaient étrangers; Vulpian donnait presque en tout l'exemple de la sagesse méthodique et de la plus louable circonspection. C'est à peine s'il est sorti une seule fois de sa réserve habituelle. Mais c'était pour applaudir aux études humanitaires de Pasteur. Il les a acclamées pour en encourager la continuation; qui oserait blâmer Vulpian?

Physiologiste au Muséum, praticien à l'hôpital, merveilleux vulgarisateur de la science vraie, Vulpian fut doyen de la Faculté de médecine de Paris, depuis la démission de Wurtz jusqu'à la nomination de Paul Bert au Ministère de l'Instruction publique. A l'avènement de ce ministère, que l'on appela grand à son origine et qui eut si peu le temps de grandir, Vulpian donna sa démission de doyen, cédant la place à Béclard, qui l'a devancé de quelques semaines dans la tombe.

***

Puis voici le docteur Liouville qui vient, plus jeune encore, de disparaître. Il n'avait pas atteint l'âge de 50 ans. Mais si Liouville avait donné des espérances à la médecine par ses premiers travaux, par son titre d'agrégé, par son titre de médecin des hôpitaux, il semblait depuis une quinzaine d'années s'être exclusivement consacré à la politique.

Il avait de bonne heure acquis ses lettres de naturalisation à la Chambre des députés, étant le beau-frère d'Ernest Picard, qu'il ne fit jamais oublier, mais qu'il rappelait à ses collègues. Plein de bienveillance et de dévouement, il ne marchandait pas son activité lorsqu'il pouvait rendre service.

Toutes les fois, d'ailleurs, qu'il s'agissait de questions intéressant la médecine, l'hygiène publique, la santé générale, Liouville était prêt. N'est-ce pas lui qui défendit si énergiquement la promulgation d'une loi sur la vaccination obligatoire? Puis, lorsque fut soulevée l'idée de la création, sinon d'un ministère, au moins d'une direction centrale spécialisée à la médecine publique, Liouville s'est trouvé là encore pour prendre en main cette cause d'ordre essentiellement médical et philanthropique.

***

Or, voici que dans cette voie l'Italie vient de nous devancer; Liouville en aurait souffert dans son amour-propre de patriote. Nos

tions produites sur un point quelconque de la surface du doigt. Cette expérience, imaginée par MM. Arloing et Tripier, et publiée en 1868 (*Bulletin de l'Académie des Sciences*), prouve combien l'association fonctionnelle des fibres sensitives est complète.

Il résulte des expériences précédentes qu'un nerf sensitif, ou que la portion sensitive d'un nerf mixte, a une sensibilité propre et une sensibilité d'emprunt. Vient-il à être coupé ? le bout périphérique perd sa sensibilité propre ; mais sa sensibilité d'emprunt persiste, grâce à ses anastomoses directes et récurrentes, et le territoire, où il se distribue, n'est pas, ou n'est presque pas, anesthésié.

Faits physiologiques concernant spécialement les nerfs moteurs. — Après sa section, un nerf moteur ou un nerf mixte peut encore produire des contractions musculaires, lorsqu'on excite son bout périphérique. Mais cette excitabilité motrice va progressivement en diminuant, à mesure qu'on s'éloigne du moment de la section, et, *au bout de quatre jours, elle est complètement abolie chez les mammifères.*

Les expériences de Longet, qui ont établi cette loi, ont encore montré que la contractilité musculaire persiste pendant plus de douze semaines après la perte de l'excitabilité du nerf moteur. Il est même probable que la survie de la contractilité musculaire est beaucoup plus longue, dans certaines conditions et dans certains muscles, que le terme assigné par Longet.

La perte de l'excitabilité motrice s'explique naturellement par la dégénération des tubes moteurs.

La perte de la contractilité musculaire tient à une cause semblable, l'altération de la fibre musculaire sous l'influence de l'inaction.

Mais, tandis que le tube nerveux moteur peut se régénérer et récupérer la propriété de transmettre l'excitation motrice, le muscle ne se régénère jamais, lorsqu'il a perdu sa contractilité. Si donc la régénération du nerf a lieu avant l'époque où la contractilité du muscle est perdue, la paralysie musculaire disparaît. Si, au contraire, la régénération est tardive, et s'accomplit après la douzième semaine, le muscle n'est plus contractile et sa paralysie est définitive. Ainsi s'expliquent nombre de faits, dans lesquels les muscles restent paralysés et atrophiés après la régénération d'un nerf, tandis que la sensibilité s'est complètement rétablie.

Dans tous les cas, la sensibilité se rétablit plus vite que la motilité, parce que les fibres musculaires ont toujours subi, pendant leur inaction, quelque modification de structure, et répondent, d'abord difficilement, aux excitations transmises par les fibres motrices.

Faits communs aux nerfs sensitifs et moteurs. — Que le nerf soit sensitif, moteur ou mixte, sa section expérimentale produit, au point de vue du phénomène de la régénération, des effets différents selon le degré de rapprochement des bouts coupés. Trois cas peuvent se présenter : 1° Les bouts du nerf sont mis en contact intime ; 2° ils sont écartés, mais ils peuvent se réunir par une cicatrice intermédiaire ; 3° ils sont trop écartés pour pouvoir se réunir, et ils se cicatrisent isolément.

1° On s'est souvent demandé, s'il ne pouvait pas se produire, entre les deux bouts d'un nerf promptement remis en contact par la position ou par la suture, une réunion par première intention, qui maintiendrait l'état normal dans le bout périphérique et ramènerait aussitôt la fonction nerveuse.

Schiff, et tous les physiologistes, affirment n'avoir jamais observé un pareil résultat. Les phénomènes de la dégénération, de la cicatrisation et de la régénération du nerf, peuvent être moins longs à s'accomplir, lorsque l'adaptation des surfaces sectionnées est très exacte. Mais la dégénération du bout périphérique est, d'après eux, tout à fait inévitable, même dans les conditions les plus favorables.

Cependant Vulpian a vu des faits de régénération si rapides, chez des animaux opérés dans les premiers jours de leur naissance, qu'il ne croit pas pouvoir *nier catégoriquement* la réunion immédiate des nerfs. Mais il ajoute que « dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas réunion immédiate, dans le sens rigoureux du mot, et qu'il n'y a pas, par suite, suppression complète de la période d'atrophie des fibres nerveuses (*Leçons sur la physiologie du système nerveux*, p. 262, 1866).

D'autre part, Bakowiecki a trouvé le nerf régénéré au huitième jour, après avoir pratiqué des sutures très exactes avec des fils de catgut (*Archiv für mikr. Anat.*, t. XIII, p. 420, 1878). Gluck aurait même obtenu des réunions immédiates de nerfs sans dégénération du bout périphérique (*Virchow's Archiv*, LXXII, et *Berliner klin. Wochenschrift*, p. 235, 19 avril, 1880).

En répétant ces expériences avec les précautions antiseptiques employées par les auteurs allemands, M. Ranvier n'est

---

voisins sont en droit de considérer comme un gage de progrès pour l'Administration sanitaire de leur pays la création d'une direction spéciale de la santé publique. Ce poste a été confié au studieux et zélé professeur d'hygiène de l'Université de Turin, Luigi Pagliani. Ce choix paraît être d'un bon augure. Nos meilleurs souhaits au jeune maître.

***

Les honneurs mérités rendus à un confrère doivent être pour nous mieux qu'une simple satisfaction morale ; ils doivent être un encouragement à travailler à la grande œuvre du bien public.

Est-il rien de plus réconfortant pour les obscurs et les humbles serviteurs de l'humanité que cet hommage presque national que la Belgique vient de rendre le 10 juillet dernier, au patient, méritoire et savant aliéniste Jules Guislain, à l'occasion de l'inauguration solennelle de sa statue à Gand ?

C'est avec raison que, répondant à M. H. Lentz, délégué du Ministère de la Justice, M. Lippens, bourgmestre de Gand, a pu dire : « La statue que vous remettez généreusement à la ville de Gand ne sera pas seulement un ornement pour nos places publiques, mais elle nous rappellera le témoignage éclatant rendu par des hommes de tous les pays à un de nos citoyens. C'est en montrant aux yeux de tous et avec un éclat inaccoutumé, de quels honneurs ils jugeaient dignes ceux qui se dévouaient à la chose publique, que les anciens éveillaient et surexcitaient les sentiments de générosité et de dévouement qui font briller dans l'histoire de ces âges tant de belles figures. En passant devant cette statue, tous se rappelleront qu'elle fut érigée pour reconnaître une vie de travail, de charité et de dévouement. »

Après M. Lippens, M. Lefebvre, professeur à la Faculté de médecine de Louvain, et président de l'Académie royale de médecine, s'est associé au nom de ce corps savant aux hommages posthumes rendus au laborieux médecin, au grand citoyen qui a traversé la vie en semant la vérité et le bien autour de lui. Enfin, au nom de la Faculté de médecine de Gand, M. le professeur Boddaert a payé un juste tribut de reconnaissance et d'admiration à la mémoire de Guislain « un de ses membres dont le souvenir est impérissable ».

***

La pathologie générale vient de faire une double entrée à l'Institut dans les personnes du professeur Bouchard, médecin, et

pas arrivé au même résultat. Dix jours après la suture avec le catgut, il a constaté la perte absolue de la sensibilité et de la motricité dans le bout phériphérique. En même temps, la dégénération vallérienne avait envahi tous les tubes qui le formaient.

La réunion immédiate des nerfs, sans dégénération du bout périphérique, semble donc extrêmement rare dans les conditions où les expériences sont faites sur les animaux. Mais il serait téméraire de conclure à l'impossibilité de l'obtenir, car on l'observe chez l'homme.

2º Lorsque les deux segments du nerf sont séparés par un intervalle, le segment périphérique subit toujours la dégénération vallérienne, tandis que l'extrémité libre du segment central se renfle plus ou moins.

Deux ou trois mois après la section, on trouve, entre les deux bouts du nerf, un ruban blanchâtre, très mince, qui les réunit l'un à l'autre. Ce ruban part du bout central et s'allonge peu à peu pour venir gagner le bout périphérique. Il est formé par des tubes nerveux à myéline, tubes grêles, parfois branchés en Y et enchevêtrés dans tous les sens. Ces tubes sont les prolongements des tubes intacts du bout central.

Les cylindres-axe du ruban cicatriciel s'introduisent dans les gaines de Schwann vides du bout périphérique ou dans l'intervalle de ces gaines, et produisent sa régénération.

A mesure que ce travail physiologique rétablit la continuité du nerf, ses fonctions réapparaissent, d'abord faiblement, ensuite de plus en plus complètement.

Le ruban cicatriciel est quelquefois si mince au début, qu'il faut une préparation au microscope pour en constater la présence. Dans tous les cas, ce n'est qu'après plusieurs mois qu'il acquiert un volume à peu près égal à celui du nerf, et souvent il reste à l'état de filament intermédiaire plus ou moins grêle.

On conçoit d'ailleurs que la cicatrisation et la régénération se font d'autant plus facilement que l'écartement primitif des deux tronçons est moins considérable. Un écartement de deux, de trois centimètres, ou même davantage, n'est pas toujours un obstacle insurmontable à la réunion. Mais, dans ce cas, la cicatrisation est très longue. Le retour de la sensibilité exige un an ou un an et demi, et la motricité ne revient pas, parce que les muscles ont eu le temps de perdre leur contractilité.

En un mot, la réapparition des fonctions d'un nerf coupé suit toujours la marche et les progrès de sa cicatrisation et de sa régénération.

3º Lorsque l'écartement entre les deux bouts du nerf coupé est trop considérable pour qu'ils puissent se réunir, qu'advient-il du bout périphérique et de ses fonctions ?

Philipeaux et Vulpian ont répondu à cette question en prouvant, par un grand nombre d'expériences sur des nerfs moteurs, sur des nerfs sensitifs et sur des nerfs mixtes, que le bout périphérique subit la dégénération habituelle, puis se régénère et récupère ses propriétés physiologiques. La régénération s'opère lentement dans ce cas. « Mais elle a toujours lieu, tantôt partiellement, tantôt, au contraire, si complètement, surtout chez les jeunes animaux, que le bout nerveux ainsi régénéré reprend sa coloration blanche normale. »

Les mêmes expérimentateurs ont encore démontré qu'en transplantant un tronçon de nerf sous la peau d'un animal, ce tronçon s'y greffe, parcourt toutes les phases de l'atrophie, puis se régénère.

Ils ont donné le nom de *régénération autogénique* à cette régénération, qui semble s'accomplir en dehors de l'influence des centres nerveux (Vulpian : *Leçons sur la physiologie du système nerveux*, p. 270, 1866).

En même temps que la structure se restaure dans le nerf séparé de son centre nerveux, Vulpian a montré que ses fonctions reviennent. « Voici, dit-il, un chien de sept à huit mois sur lequel on a pratiqué, il y a quatre mois, l'avulsion de toute la partie centrale du nerf hypoglosse. Aujourd'hui, nous mettons à nu ce segment périphérique, qui a récupéré sa structure après l'avoir perdue. Or, si nous faisons subir à ce nerf une excitation mécanique, ou si nous le galvanisons, vous observerez des contractions dans la moitié correspondante de la langue. Nous ne pourrions pas prouver aussi nettement que la propriété des fibres sensitives se rétablit dans le bout périphérique d'un nerf sensitif isolé du centre nerveux et ayant subi une restauration autogénique, car les excitations de ce bout ne peuvent plus donner lieu à aucune douleur ni à aucun mouvement réflexe ; mais l'analogie est ei évidente, qu'on doit admettre forcément la restitution de la propriété physiologique des fibres sensitives ainsi isolées (Vulpian, *loc. cit.*, p. 272). »

Les expériences précédentes ont toujours donné le même résultat dans les mêmes conditions. Elles ont une importance

---

du professeur Verneuil, chirurgien. Il ne nous déplaît pas de voir enfin la section de médecine de l'Académie des sciences revenir à ses anciennes traditions en recrutant ses nouveaux membres non plus exclusivement parmi les physiologistes comme y tendait Claude Bernard, mais parmi les représentants de la vraie médecine dans la plus haute acception du mot, parmi ces nobles chercheurs qui ont conçu et poursuivent le grand œuvre de la découverte des lois de la pathologie humaine.

Et nous ne sommes pas les seuls à manifester notre joie à propos de ces deux élections. Les élèves et les amis des professeurs ont banqueté à cette occasion :

« Ce ne sont que festins, ce ne sont qu'astragales, »

disait un de mes amis, parodiant pour la circonstance le vers de Boileau. On a même célébré le triomphe de Verneuil en vers. Et quels vers ! Mais, après boire, il ne faut pas être trop exigeant. Et dire qu'un journal s'est senti tout heureux de pouvoir publier ces vingt-neuf alexandrins (j'oublie à dessein un trentième vers, parce qu'il ne me paraît pas solide sur ses pieds). Dire des vers à table, cela est permis ; les applaudir, cela est poli ; mais les reproduire, cela est peut-être plus que l'auteur n'eût demandé. Car le milieu favorable, le *genius loci*, manque au lecteur pour comprendre les allusions, savourer les délicatesses, apprécier les traits d'esprit.

* * *

Combien j'aime mieux cette prose peu grammaticale sans doute, mais sémillante, pleine de verve, enthousiaste, du docteur Balestreri, le médecin de Gênes, qui vient de publier en français sa communication au Congrès de chirurgie de Paris en 1886 sur le traitement du tétanos par le tartre stibié à haute dose. Ce mode de traitement a été employé trois fois et trois fois avec succès par le docteur Balestreri. Commençant par 5 centigrammes d'émétique donnés d'emblée, le médecin de Gênes arrive, le lendemain, à 20 centigrammes qu'il administre en solution prise de deux en deux heures. Il augmente tous les jours la dose totale de 5 centigrammes jusqu'à concurrence de 40 centigrammes par jour et même plus.

A-t-on oublié que c'est ce vénérable champion de la médecine qui a institué un prix de 1,000 francs destiné à être décerné en 1888 par le Congrès français de chirurgie au meilleur mémoire

capitale, car elles conduisent, chez l'homme, à suturer, au bout central du nerf, le bout périphérique qui en est séparé depuis longtemps, afin de rétablir sa fonction.

Mais, si la réalité de la régénération d'un nerf définitivement séparé des centres est un fait inattaquable, l'explication du phénomène par un pouvoir autogénique, inhérent à la fibre nerveuse, ne paraît pas exacte. En effet, l'hypothèse de la régénération autogénique renverserait la loi de Waller et démentirait les recherches si positives de M. Ranvier, recherches qui montrent le bout périphérique ne se régénérant que par des tubes partis du bout central.

Frappé par ces objections, Vulpian entreprit, en 1874 (ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, t. VI, p. 704), de nouvelles expériences. Il isola des tissus voisins le bout périphérique régénéré de l'hypoglosse dans l'étendue de plusieurs centimètres, et il vit que ce bout périphérique subissait de nouveau la dégénérescence atrophique. Il en conclut que le bout périphérique d'un nerf définitivement séparé des centres « ne se régénère que parce que des filets, filaments et tubes nerveux, qui avaient été coupés pendant l'opération, et qui se rendaient à ce bout périphérique, reprennent leur continuité et rétablissent des relations anatomo-physiologiques entre ces nerfs et les centres nerveux, par l'intermédiaire d'autres nerfs plus ou moins voisins. Pour pratiquer l'avulsion du bout central du nerf hypoglosse ou l'excision d'un segment du nerf lingual (ou de tout autre nerf sensitif, moteur ou mixte), on est obligé de séparer ces nerfs des tissus environnants dans une certaine longueur, et de rompre ou de diviser ainsi tous les filets, filaments et tubes nerveux qui s'anastomosent avec ces nerfs dans toute cette longueur. Plus tard, ces filets, filaments ou tubes, recouvrent leur continuité, ainsi que je viens de le dire, et la partie périphérique du nerf ne se trouve plus entièrement isolée des centres nerveux, comme nous l'avions supposé. »

La régénération du bout périphérique définitivement séparé ne se fait donc pas par l'influence d'un pouvoir autogénique propre au nerf, mais par l'intermédiaire de fibres anastomotiques ou autres, qui, en recouvrant leur continuité, remettent le bout périphérique en relation anatomo-physiologique avec les centres.

Les faits de régénération des tronçons nerveux transplantés et greffés dans les tissus doivent s'expliquer de la même manière. Pour insinuer sous la peau ou dans les tissus un tronçon de nerf, on rompt nécessairement un grand nombre de fibres nerveuses de ces tissus. Ces dernières se cicatrisent avec le tronçon nerveux et deviennent le point de départ de sa régénération.

« Les lois de Waller reprennent donc leur valeur entière et absolue; et, dans les nerfs, les fibres nerveuses, munies de myéline, ne conservent ou ne récupèrent l'intégrité de leur structure, pendant la vie extra-utérine, et surtout chez les animaux adultes, qu'à la condition d'être en relation, les unes (fibres sensitives) avec les ganglions des racines postérieures; les autres (fibres motrices) avec la substance grise de l'axe cérébro spinal (Vulpian, *loc. cit.*, p. 714). »

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hôpital de la Charité. — M. DESPRÈS.

MYOSITE AIGUË PRIMITIVE PAR SURMENAGE DU MUSCLE BICEPS BRACHIAL. — Observation recueillie par M. MORDRET, interne du service.

La nommée B... est entrée, salle Sainte-Rose, n° 16, le 25 avril 1887. Agée de 23 ans, cette femme, d'une taille et d'une force au-dessus de la moyenne, n'a jusqu'ici jamais été malade et a toujours joui d'une santé fort robuste. Nous avons particulièrement cherché, mais sans résultat, à découvrir dans ses antécédents personnels ou héréditaires trace de syphilis ou de rhumatisme.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, le 22 avril au soir, cette femme, domestique chez une danseuse de l'Opéra, avait transporté de chez un confiseur du boulevard jusqu'à l'Opéra un panier rempli de boîtes de dragées. Le panier, assez lourd, fut porté le bras fléchi, l'anse appuyant au niveau du pli du coude. Le trajet ne fut pas de plus de dix minutes, mais la fille B... resta près d'une demi-heure à errer dans les couloirs du théâtre et eut froid. Elle n'eut à ce moment aucune douleur dans le bras et se sentit seulement très fatiguée; quelques heures après, une légère douleur bien localisée au niveau de l'apophyse coracoïde attira l'attention de la malade. Le lendemain matin, cette douleur n'ayant pas augmenté, elle continua son service, malgré la gêne qu'elle ressentait.

Le soir, le bras était gonflé, mais le gonflement était surtout sensible à la partie inférieure; la douleur étant devenue très

---

sur le *traitement du tétanos d'après les travaux les plus récents?* Le manque de concurrents, ajoute l'auteur, portera à accorder un délai de deux ans; après quoi, n'étant pas décernée, la somme sera dévolue à l'Assistance publique de Paris.

Cela est d'un bon exemple. Bravo, M. Balestreri! On n'est pas plus chevaleresque.

Dr PETER-PAUL SOMANS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La question donnée pour l'épreuve orale d'anatomie descriptive du concours pour la nomination à la place de chef des travaux anatomiques (épreuve de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation), a été : « Les muscles peauciers de la face ».

La troisième épreuve (épreuve d'histologie et de dissection) a eu lieu mercredi à l'Ecole pratique.

Quant à la remise des pièces sèches, dont le sujet a été donné, elle est fixée au lundi 10 octobre 1887, à trois heures du soir. Les pièces à préparer sont : « Les lymphatiques intravelpiens des organes génitaux de la femme ». Le jury se réunira le surlendemain 12 octobre, à trois heures, pour l'examen de ces pièces et la nomination.

∴

— Par décision ministérielle, en date du 1er juillet 1887, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Regnier, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville; Boppe, pour le 31e d'infanterie; Millet, pour le régiment de sapeurs-pompiers de Paris; Mareschal, pour le 130e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lejeune pour le 4e du génie; Belliard, pour l'Ecole militaire préparatoire d'infanterie des Andelys; Fasquelle, pour la division du Tonkin et de l'Annam.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Vaisse, pour le 55e d'infanterie.

vive; elle appliqua pendant la nuit un cataplasme. Elle ne se présenta à la consultation que le surlendemain.

Plutôt qu'une tuméfaction véritable, on note à la palpation une dureté de la région antérieure du bras sur le trajet du biceps. Cette exploration n'est relativement que peu douloureuse, tandis que la pression au niveau de l'épaule, et surtout au point d'attache du biceps à l'apophyse coracoïde détermine une violente douleur. La peau de la région antérieure du bras est légèrement rouge, les mouvements de flexion sont moins douloureux que les mouvements d'abduction. On voit de plus à la partie médiane de l'avant-bras, sur la face externe, une trace de brûlure faite par la malade avec un fer à repasser une dizaine de jours auparavant; mais cette brûlure avait été légère, n'avait nécessité aucun pansement et n'avait déterminé aucun symptôme d'adénite ni aux ganglions épitrochléens, ni à l'aisselle. Notons de plus que la malade était à la fin de sa période menstruelle lorsqu'elle entra dans le service.

M. Desprès pensa d'abord à une arthrite génitale de l'épaule, mais l'absence de toute espèce de signe du côté de la vulve éloigna de suite ce diagnostic. Des cataplasmes laudanisés furent mis sur la région, et, le lendemain, la douleur se localisant de plus en plus au niveau de la coulisse bicipitale, des pointes de feu furent appliquées comme révulsif.

Le 30 avril, la tuméfaction s'est accrue, mais sans rougeur de la peau; le biceps forme pour ainsi dire une grosse corde tendue, d'une dureté presque ligneuse. Les plus légers mouvements sont fort douloureux; l'avant-bras est dans une demi-flexion sur le bras et ne peut être plié par la malade. La température s'élève le 1er mai à 40o; la dureté ligneuse a encore augmenté, et il y a de l'œdème de la partie inférieure du bras. La douleur à la pression, qui a un peu diminué au niveau de l'épaule, est plus intense sur toute la longueur du biceps.

Pendant les six jours suivants, la température offre des oscillations d'un degré et demi à deux degrés entre le matin et le soir; le pouls est rapide, les douleurs spontanées fréquentes, surtout la nuit. Tout laisse craindre la suppuration du muscle. Des cataplasmes sont appliqués jour et nuit. Repos absolu.

Le 7 mai, la température redevient normale. La sensation de dureté a un peu diminué; la douleur est moins intense au toucher, mais existe encore à la pression sur toute l'étendue des muscles et principalement au niveau de la coulisse bicipitale. Les mouvements restent douloureux.

A partir de cette époque, résolution lente et progressive; les cataplasmes sont continués, et la douleur disparaît peu à peu; elle ne survient plus que la nuit ou à l'occasion des mouvements.

Le 18 mai, la malade commence à fléchir le bras à sa volonté; les douleurs sont toujours fréquentes la nuit, sous forme d'élancements. L'examen local fait constater que la tumeur bicipitale a complètement disparu. A la dureté ligneuse si caractéristique des premiers jours a succédé une véritable fonte des éléments musculaires: en saisissant entre les doigts le biceps, on ne sent même pas le relief normal du muscle. Si on veut faire contracter le biceps en ordonnant à la malade à qui on a fléchi le bras de résister à l'extension, le long supinateur et le brachial antérieur sont seuls à agir. Elle accuse dans le bras de fréquents mouvements fibrillaires qui, les jours suivants, vont en augmentant.

Le 28 mai, le biceps a en partie récupéré ses fonctions. Lorsque la malade résiste au mouvement d'extension, on sent très nettement la contraction de ses fibres; les mouvements de flexion se sont beaucoup accrus, ceux d'abduction restent toujours légèrement douloureux. La malade ne peut porter la main sur le sommet de l'épaule; elle se dévie un peu en dedans, vers le sternum. Si elle vent le bras allongé, elle ressent rapidement de l'engourdissement dans tout le membre. La sensibilité n'a subi aucune modification.

Le 14 juin, la malade quitte l'hôpital pour aller au Vésinet. Les mouvements du bras ne sont pas entièrement revenus; mais le temps et l'exercice, ou quelques séances d'électricité, rétabliront les fonctions du membre.

Nous avons eu ici affaire à une inflammation de la totalité du biceps; à la fois à une hydropisie de la coulisse tendineuse du biceps et à une myosite du corps charnu du muscle. L'antécédent positif de surmenage du muscle, la localisation du mal, ont été des plus caractéristiques. Ce fait pathologique a la valeur d'une expérience, et c'est à ce titre qu'il mérite d'être publié.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire clinique des cysticerques et des kystes échinocoques.

I. CYSTICERQUES DE TÆNIA DANS LE CERVEAU ET DANS LE QUATRIÈME VENTRICULE; DURÉE DE LA MALADIE, DOUZE ANS, par le docteur HARRINGTON DOUTY (*The Lancet*, 1886, volume II, no 2). — II. UN CAS DE CYSTICERQUE DE LA MOELLE (AYANT ÉVOLUÉ SOUS LES APPARENCES DU TABES DORSALIS), par le professeur HIRT, de Breslau (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1877, no 3, p. 36). — III. EXTRACTION DES CYSTICERQUES LOGÉS DANS L'ŒIL; INFLAMMATION PROVOQUÉE PAR LES CYSTICERQUES, par le docteur TH. LEBER (*Archiv für Ophthalmologie*, 1886, t. XXXII, p. 281). — IV. CYSTICERQUES SOLITAIRES SOUS LA PEAU ET DANS LES MUSCLES DE L'HOMME EN VIE, par le docteur KAREWSKI (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, no 38, p. 440). — V. UN CAS DE KYSTE ÉCHINOCOQUE DES OS, par le docteur E. MULLER (*Ibidem*, no 16, p. 180, et *Mittheilungen aus der Chirurg. Klinik zu Tübingen*, 1886, t. II, fasc. 2). — VI. SUR LES KYSTES ÉCHINOCOQUES DES OS LONGS, par le professeur VON BERGMANN (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, nos 1 et 2). — VII. KYSTE ÉCHINOCOQUE DE L'ÉPIPLOON, par le docteur REIN (*Centralblatt für Chirurgie*, 1887, no 16, p. 264).

Une femme de 31 ans, sans antécédents héréditaires neuropathiques, avait présenté, environ un an après son mariage, les premiers symptômes de la maladie à laquelle elle devait succomber douze ans plus tard; sa mémoire s'était affaiblie et l'intelligence était devenue obtuse. Ces désordres allèrent en s'accentuant dans la suite; il s'y joignit de l'embarras de la parole. Plus tard, cette femme vint en proie à un accès de manie aiguë, qui aboutit à un état de complète démence. Une attaque convulsive intercurrente laissa à sa suite une hémiplégie du côté droit, avec contracture consécutive. Par moments, la malade était prise de vomissements d'origine manifestement cérébrale. Dans les trois dernières années de sa vie (1883-1886), la malade a eu des attaques épileptiformes qui se répétaient à des intervalles variant de quelques jours à quelques semaines. Le côté gauche fut envahi par une paralysie qui alla en progressant. Aggravation des accidents convulsifs et des vomissements, aphasie complète, à la période terminale. Mort dans le coma (1886).

A l'autopsie, on trouva les circonvolutions cérébrales ramollies, principalement à gauche; les ventricules étaient considérablement dilatés, remplis de sérosité. La substance blanche avait disparu en partie, surtout à gauche. Au-dessous de la partie moyenne de la circonvolution frontale supérieure, à gauche, se trouvait un kyste, et une autre, de-

même nature, dans le quatrième ventricule, libre de toute attache avec les parties avoisinantes, obstruant l'orifice de l'aqueduc de Sylvius. L'un et l'autre étaient des cysticerques de tænia solium; particularité intéressante à noter, malgré leur long séjour dans le cerveau, ces kystes n'avaient pas subi de dégénérescence.

II. L'observation de Hirt concerne un homme de 66 ans sujet depuis 1884 à des douleurs qui occupaient principalement les membres; avec cela du vertige, par moments de la diplopie, de la parésie vésicale. Il entra à l'hôpital de Breslau au mois de novembre 1885. A cette époque, il présentait, comme principaux symptômes, de l'inégalité de dilatation et une immobilité absolue des pupilles, une diminution de l'acuité auditive à gauche, la démarche très nettement ataxique, le phénomène de Romberg très prononcé, de l'analgésie cutanée aux jambes, distribuée par vastes plaques, de l'affaiblissement du sens musculaire, abolition du phénomène du genou et du pied, douleurs fulgurantes; ni albumine ni sucre dans les urines.

Quatre semaines environ après son entrée à l'hôpital, le malade fut pris, chaque matin, de vomissements qui se faisaient sans effort et n'étaient accompagnés d'aucun malaise. En mars 1886, ptosis à gauche, avec paralysie de l'oculo-moteur externe. L'inégalité de dilatation des pupilles était plus accusée que jamais. Les vomissements matutinaux devinrent plus rares. La parésie vésicale fit des progrès; incontinence complète; douleurs violentes dans le rectum. Le malade se mit à dépérir. Il succomba aux progrès de la consomption, accélérée par le développement d'une ulcération de décubitus.

Du vivant du sujet on avait porté le diagnostic de tabes dorsalis avec crises gastriques; plus tard, on avait incliné vers l'hypothèse d'un nervo-tabes périphérique (polynévrite). L'autopsie fit découvrir dans le canal rachidien une vingtaine de cysticerques, logés sous la pie-mère, échelonnés à des intervalles de 2 à 2 1/2 centimètres, placés des deux côtés de la ligne médiane. A l'œil nu, la moelle présentait un aspect normal; l'examen histologique n'y fit point découvrir d'altérations appréciables, pas plus que dans les fragments de nerfs périphériques examinés. Les méninges craniennes présentaient les traces d'une inflammation chronique, avec calcification des vaisseaux artériels, ramollissement brunâtre des portions externes du noyau lenticulaire, taches rouges disséminées dans la couche optique.

A l'idée de l'auteur, les symptômes présentés par le malade étaient l'expression d'une irritation réflexe exercée par les cysticerques sur la moelle; il s'agirait, en somme, d'un cas de tabes sans lésions appréciables, *sine materia*.

III. Dans un précédent travail, portant pour titre : « Des effets des corps étrangers logés dans l'œil » (*Transact. of the Internation. Med Congress*, London, 1881, vol. III, p. 15-19), M. Leber avait soutenu que la suppuration consécutive à l'immigration de cysticerques dans l'œil devait être attribuée à une matière irritante sécrétée par ces tumeurs. Les résultats des récentes recherches sur l'étiologie de la suppuration ont fait abandonner à l'auteur cette manière de voir. Il est peu vraisemblable que les cysticerques, au moment d'émigrer du canal intestinal pour gagner d'autres organes, entraînent avec eux des germes de micro-organismes, étant donné qu'entre l'époque des premiers troubles visuels occasionnés par la présence des cysticerques dans l'œil et le développement d'une suppuration, il s'écoule en général un intervalle de temps assez considérable. On peut admettre par contre que les tissus de l'œil, irrités au voisinage de la tumeur par l'accroissement de volume de cette dernière, offrent un terrain favorable à leur éclosion, aux germes de bactéries qui sont entraînés en ce lieu par le torrent sanguin et qui, dans les circonstances ordinaires, n'eussent pas trouvé là des conditions propices à leur développement.

Partant de là, M. Lebert recommande, pour les cas d'inflammation de l'œil provoquée par la présence d'un cysticerque, de recourir à des ensemencements dans des milieux de culture solides, pour se renseigner sur la présence éventuelle de micro-organismes pathogènes dans le foyer inflammatoire. C'est seulement quand cette recherche aboutit à un résultat positif, qu'il y a lieu de craindre le développement d'une ophtalmie sympathique du côté opposé.

Dans ce même travail, l'auteur rend compte des résultats qu'il a obtenus de l'intervention opératoire dans 14 cas de cysticerques de l'œil. Grâce aux mesures antiseptiques rigoureuses qu'il a prises, il n'a pas eu à déplorer une seule fois le développement de complications inflammatoires.

IV. Le cysticerque est de tous les parasites du règne animal celui qui se loge le plus souvent dans les tissus de notre organisme; mais pendant la vie, sa présence passe souvent inaperçue, à cause du défaut de réaction des tissus au voisinage de la tumeur parasitaire. M. Karewski a cité des chiffres empruntés à Kuchenmeister, qui donnent une idée de la fréquence des cysticerques chez l'homme. Peu nombreuses sont les observations connues de cysticerques logés sous la peau et dans les muscles, chez l'homme. Les 9 exemples relatés par M. Karewski n'en présentent que plus d'intérêt. Dans tous ces faits, il n'existait qu'une seule tumeur cysticerque chez le même individu. Au point de vue du sexe et de l'âge, les sujets se répartissent ainsi : 6 appartenaient au sexe masculin; 3 au sexe féminin. 6 étaient des enfants (9 mois à 13 ans); les autres étaient également d'un âge peu avancé. Dans 3 cas, la tumeur siégeait sous la peau; dans 2 cas, sous la muqueuse (commissure des lèvres et lèvres). Dans les 4 autres cas, leur siége était intra-musculaire (pectoral, 2 fois; deltoïde, 1 fois; orbiculaire inférieur, 1 fois). Les tumeurs intra-musculaires avaient, toutes les quatre, provoqué de la suppuration à leur pourtour; les deux tumeurs sous-cutanées, non. Un des sujets était en même temps porteur d'un tænia solium; l'existence de ce ver a été constatée chez la mère d'un autre. En réunissant ces neuf faits aux observations de cysticerques chez l'homme, publiés antérieurement, l'auteur en arrive à établir que la proportion des cas de cysticerques solitaires est de 16 sur un total de 48 cas. Les faits de M. Karewski semblent démontrer, d'autre part, que les cysticerques solitaires sous-cutanés et intra-musculaires sont plus fréquents chez l'homme qu'on ne l'admet communément. Il en résulte encore que les cysticerques n'ont pas pour caractère constant de n'éveiller aucune réaction inflammatoire dans les tissus avoisinants, et que ces kystes sont moins rares dans le jeune âge qu'on ne l'a prétendu. L'auteur a développé ensuite quelques considérations sur l'étiologie des cysticerques chez l'homme, et sur les mesures sanitaires à prendre pour empêcher la propagation de cette affection parasitaire.

V. L'observation de M. Muller concerne un cas de kyste

échinocoque multiloculaire de l'humérus. Il offre cet intérêt particulier, que la tumeur a été vidée de son contenu après effraction de l'os, et que la guérison a été obtenue sans difformité, malgré que la diaphyse sur toute son étendue et l'épiphyse inférieure fussent envahies par les vésicules hydatiques.

VI. Un homme de 32 ans s'était aperçu, il y a environ six ans, lors d'un voyage à pied, d'une tuméfaction douloureuse circonscrite, qui siégeait à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la face intérieure du tibia. La douleur se dissipa bientôt, mais non la tuméfaction. Au mois de janvier 1886, le malade ressentit une douleur soudaine, à ce même endroit. Pendant les mois qui suivirent, il a eu, à plusieurs reprises, de semblables accès de douleurs. Au mois de novembre, le malade pirouetta un jour sur son pied gauche; en même temps, il ressentit une douleur violente et tomba sans pouvoir se relever. On constata l'existence d'une fracture du tibia, sur la moitié inférieure de l'os. Application d'un bandage, qui fut enlevé huit jours plus tard. Tuméfaction molle, au siége de la fracture. Application d'un second bandage, qui fut laissé en place jusque fin novembre. A cette époque, l'état était le même que dans un cas de fracture récente. M. von Bergmann, appelé en consultation, resta hésitant, au sujet de la cause de cette fracture « spontanée », entre une ostéomyélite avec formation d'un abcès central et un kyste échinocoque. La tumeur constatée au siége de la fracture, et qui avait l'aspect d'une tumeur sarcomateuse, fut incisée : il s'écoula de l'incision une masse puriforme, d'un jaune verdâtre, contenant une grande quantité de cristaux de cholestérine et des détritus méconnaissables. L'ouverture de l'os, à l'aide du ciseau, eut lieu sans difficulté. Le canal médullaire logeait un séquestre de 2 centimètres de longueur, entouré d'une masse de vésicules échinocoques, dont le volume variait de celui d'un grain de chenevis à celui d'un noyau de cerise. Le chirurgien jugea nécessaire de procéder à la désarticulation du genou. Le patient s'est rétabli.

Suit la description détaillée des pièces anatomiques. Le travail de M. von Bergmann renferme en outre des considérations très intéressantes sur le diagnostic différentiel des causes des fractures spontanées des os longs, et sur les caractères cliniques des tumeurs échinocoques des mêmes os.

VII. Une femme de 25 ans, mère de deux enfants, entra à l'hôpital de Kiew pour une tumeur de l'abdomen. Elle se disait enceinte de trois mois. A la palpation du ventre, on sentait, sur les parties latérales de l'utérus, une tumeur du volume d'une tête d'enfant, mobile en tous sens, pédiculé. La femme avait de la fièvre. On pratiqua la laparotomie, à la suite de laquelle la tumeur fut extirpée. L'opération dura vingt minutes. L'examen de la tumeur fit voir qu'il s'agissait d'un kyste échinocoque de l'épiploon, localisation très rare, autant qu'on en peut juger par les faits consignés dans les recueils de la littérature médicale.

La grossesse continua son cours normal.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

I. *Kystes hydatiques des os*, par M. Gangolphe. Thèse présentée au concours d'agrégation. Paris, 1886. O. Doin, éditeur.

II. *Laparotomie dans un cas de kyste échinocoque volumineux du foie*, par le docteur G. Conti (Raccoglitore medico, 1886, n° 10).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

Étude sur les vessies a cellules, par le docteur A. Robelin.

Si l'on parcourt un certain nombre d'observations de lithotritie, surtout celles qui ont été publiées il y a une vingtaine d'années, on voit à chaque instant signalée l'existence de vessies à cellules qui compliquent l'opération, car le calcul y est supposé enchâtonné; on pourrait en conclure que c'est là une disposition très fréquente. Il n'en est rien; M. Thompson n'en a réuni que cinq à six exemples, M. Guyon un seul bien net. Les cellules vésicales existent néanmoins, mais elles se développent dans des conditions toutes particulières que M. Robelin a pris à tâche de déterminer.

Les régions de prédilection de ces cellules sont le sommet et les parties latérales, mais on les rencontre partout, même sur le trigone. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un globe volumineux cinq à six fois plus gros que la vessie elle-même. Ces cellules de grande dimension sont exceptionnelles, les petites, au contraire, sont assez fréquentes. Elles sont produites par une hernie de la muqueuse au travers des fibres musculaires ; ces dernières peuvent être simplement refoulées et faire partie de la paroi même de la cellule.

Rares chez les femmes et les enfants, les cellules se rencontrent surtout sur les vessies des vieillards ; ce sont, en effet, les troubles de la miction, les efforts, qui semblent produire cette poussée muqueuse, et, à ce titre, l'hypertrophie de la prostate y prédispose plus que toute autre affection. Les petites cellules passent toujours inaperçues ; les grandes peuvent exceptionnellement produire des tumeurs situées sur la région hypogastrique. Le diagnostic est impossible le plus souvent; pendant les manœuvres intra-vésicales, on doit avoir présent à l'esprit la possibilité de leur existence pour ne pas les confondre avec une dilatation du bas-fond et surtout des contractions irrégulières de la vessie.

L'enchâtonnement d'un calcul doit être considéré comme une complication rare ; il en est de même des ulcérations et des perforations spontanées de la vessie. Quant au traitement, il est essentiellement palliatif; on se bornera à parer aux troubles de la miction les plus pressants au moyen d'évacuations régulières suivies de lavages avec une solution boriquée.

Dr E. Desnos.

NOTES & INFORMATIONS

Association française pour l'avancement des sciences (Congrès de Toulouse). — L'Association française nous communique la liste des travaux qui doivent être lus pendant la session qui s'ouvrira à Toulouse le 22 septembre prochain sous la présidence de M. le docteur Rochard.

Nous donnons ci-dessous le titre des communications qui se rapportent plus particulièrement aux sciences médicales.

M. d'Ardenne (de Toulouse). De l'action de l'extrait de coca dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac.

M. Andiffred (de Paris). Projet de loi sur l'organisation des caisses de secours en cas de maladie.

M. Battandier (d'Alger). Notes critiques sur quelques plantes méditerranéennes.

M. G. Cabanellas (de Nanteuil-le-Haudouin). Détermination et étude des flux magnétiques.

M. Cartaz (de Paris). De la tuberculose nasale.

M. Cazin (de Berck-sur-Mer). Rachitisme chez les animaux.

M. Maurice Cazin (de Paris). Contribution à l'étude des muqueuses gastriques.

M. A. Crova (de Montpellier). Absorption par l'atmosphère terrestre des radiations solaires.

M. G.-Paul Devillard et Emile Rébouis (de Paris). L'alcoolisme et l'alcool.

M. Fauvelle (de Paris). Quelques considérations sur la théorie mécanique de la chaleur. — Signes de l'homicide par suffocation. — Origine ancestrale de l'homme spécifiée à l'aide de la dentition.

M. Fournol (de Paris). Du traitement de toutes les affections articulaires et de leur guérison par la réduction et le massage, sans appareils et sans intervention chirurgicale.

Mme Gaches-Sarraute (de Paris). Sur un cas d'hypertrophie utérine. — Sur les lavages de l'utérus en gynécologie. — Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus et la dilatation de cet organe dans les cas particuliers.

M. C.-M. Gabriel (de Paris). Appareil de projection.

M. Gillet de Grandmont (de Paris). Deux formes nouvelles de kératite.

M. Grasset (de Montpellier). De l'inspiration saccadée rythmique du cœur.

M. Guillaud (de Bordeaux). Les zones de végétation de la région du sud-ouest de la France.

M. Henri Henrot (de Reims). De la disparition des tumeurs de l'estomac. — Examen critique des différents projets de loi sur l'organisation de la santé publique en France.

M. Henri Huchard (de Paris). L'artério-sclérose subaiguë et ses rapports avec les spasmes vasculaires.

M. M. Jeannel (de Toulouse). Observation de pyo-salpyngite tuberculeuse simulant un kyste de l'ovaire. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules pyo-stercorales.

CONCOURS POUR LES PRIX DE L'INTERNAT. — La Commission des hôpitaux et des hospices a entendu dans sa dernière séance la lecture d'un rapport de M. Horteloup sur les modifications à introduire dans le concours des prix de l'internat. Ce rapport conclut à la suppression du concours à la fin de la seconde année et de l'obligation du concours à la fin de la quatrième année. La médaille d'or serait donnée à l'interne classé le premier, il aurait droit à une année d'internat supplémentaire; de plus, deux bourses de voyage, permettant de passer une année dans les universités étrangères, seraient attribuées au premier et au second. Les épreuves seraient : 1o un mémoire ; 2o une épreuve clinique de médecine, de chirurgie ou d'accouchement au choix du candidat; 3o une épreuve de laboratoire. La Commission, voulant étudier à fond la question, a décidé que pour cette année les épreuves ne seraient pas modifiées, mais que les deux bourses de voyage seraient attribuées.

De leur côté, les internes demandent un concours séparé et un prix à part pour les médecins et les chirurgiens.

CHOLÉRA. — Dans la journée de dimanche, on signale, à Catane, 42 cas de choléra nouveaux et 25 décès. Sur 117 soldats atteints par le fléau, 62 sont morts. Les communications par chemin de fer entre Catane et Messine sont interrompues. L'émigration continue. La ville est presque déserte.

A Rocella, on signalait samedi 3 cas et 1 décès, dimanche, aucun nouveau, mais 3 décès.

A Tropéo, on signale 3 cas suspects.

MADRID. — Le gouvernement espagnol vient de fonder à Barcelone un Institut microbiologique, sous la direction du docteur Ferran.

Quatre personnes mordues par des animaux enragés y ont déjà été inoculées suivant la méthode de M. Pasteur.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE. — Ce Congrès sera tenu à Vienne du 26 septembre au 2 octobre 1887. Voici le programme de ses travaux :

I. DISCOURS TENUS A LA SÉANCE GÉNÉRALE PUBLIQUE D'OUVERTURE.

1. M. Brouardel : La propagation de la fièvre typhoïde.

2. M. Max de Pettenkofer (de Munich) : L'enseignement de l'hygiène aux Facultés de médecine et aux Ecoles supérieures techniques.

II. DISCOURS TENUS A LA SÉANCE GÉNÉRALE PUBLIQUE DE CLÔTURE.

1. M. Alphonse Corradi : La longévité au point de vue de l'histoire, de l'anthropologie et de l'hygiène.

2. M. Charles-Théodore d'Inama-Sternegg : Des changements les plus importants survenus dans la population de l'Europe depuis 1,000 ans.

III. PROGRAMME DES SECTIONS D'HYGIÈNE.

A. *Questions dont la discussion sera préparée par des rapports qui auront été imprimés et envoyés aux membres du Congrès. Noms des rapporteurs qui, jusqu'à présent, ont consenti à traiter ces diverses questions.*

1. Critères propres à faire juger de la nature hygiénique de l'eau potable et de l'eau de lavage d'après l'état actuel de la science (M. le docteur Gærtner).

2. Rapport de l'eau potable avec l'éclosion et la propagation des maladies infectieuses et les conséquences à en tirer par rapport à l'hygiène (M. le docteur F. Hueppe).

3. Etat actuel de l'épuration des eaux d'égout et de l'emploi des déjections humaines, surtout par rapport à la pureté des rivières; éventuellement : proposition de mesures législatives qui tendraient à ce but (MM. les docteurs Frankland, J. Kœnig, Ach. Müntz).

4. Quelles expériences a-t-on faites jusqu'à présent des systèmes Waring et Shone et dans quel rapport se trouvent-elles, quant à la pratique, à l'égard de l'hygiène, de la partie technique et financière, avec le système des égouts à grande eau? (MM. Alfred Durand Claye, J.-Humphreys).

5. Mesures internationales à prendre contre les falsifications des denrées alimentaires (MM. P. Brouardel, N. Gabriel Pouchet, Angèle Caro, Ferrière, Albert Hilger, Van Hamel, Roos).

6. Du lait des nourrissons (M. F. Soxhlet).

7. Moyens de combattre l'alcoolisme (MM. P.-O. Flood, Maurice Gauster. H. Gœmon, Borgesius, Guillaume, A. Lammers, A. Motet).

8. Mesures contre les remèdes secrets (M. le docteur Floria Kratschmer).

9. Acclimatation : *a*) choix du lieu, *b*) amélioration du terrain, *c*) construction et aménagement, *d*) choix de l'alimentation, *e*) habillement, *f*) réglementation de la manière de vivre. Hygiène des tropiques (MM. le docteur E. Mœhly, Treille).

10. Moyens de pourvoir les bâtiments de lumière et de cha-

leur solaires (MM. E. Clément, F. Knauff, Emie Trèlat, François de Gruber).

11. Progrès de l'éclairage électrique et au gaz, et emploi du gaz d'éclairage tiré de l'eau par rapport à l'hygiène (M. le docteur François Renk).

12. Surveillance médicale des écoles surtout en vue d'empêcher l'extension des maladies infectieuses et de la myopie (MM. Wasserfuhr, Armand Cohn, Henri Napias).

13. Enseignement de l'hygiène dans les écoles élémentaires, secondaires, des arts et métiers, des filles, des séminaires laïques et ecclésiastiques; son opportunité et ses limites (MM. Josep de Fodor, Hyacinthe, Kübom, Layet, Maurice Gauster, Gustave Custer).

14. Législation propre à protéger l'ouvrier et hygiène des fabriques (MM. Fridolin Schuler, Frédéric H. Whymper).

15. Nécessité des hôpitaux isolés et de leur mode de construction (MM. Charles Bœhm, Félix, F. Sœrensen).

16. Moyens de pratiquer la désinfection (MM. Richard, Lœffler, A. Dobroslavine).

17. Par quelles mesures nationales et internationales peut-on remédier à l'influence nuisible des chiffons infectés sur la propagation des maladies infectieuses? (MM. Ruijsch, W.-H. Corfield, Charles Finkelnburg, J.-Th. Mouton, Emile Vallin).

18. Expériences étiologiques et prophylactiques sur les épidémies cholériques en Europe pendant les trois et quatre dernières années (MM. Proust, Baillet, J. Sormani, Pagliani, Philippe Hanser, Babés, Maximilien Gruber).

19. Quelles sont les prédispositions des diverses races humaines par rapport aux différentes matières infectieuses et quelles conséquences pratiques peut-on en tirer par rapport au mouvement de transport des diverses races? (MM. Chauveau, Jean Buchner).

20. Hygiène des bateaux, surtout de la marine marchande (MM. A. Proust, Meinhard, Schmidt, Bambas, Louis, Pagliani, Adolphe Lederer).

21. Quels principes recommander pour la rédaction d'un règlement international des épidémies? (MM. Emile Vallin, Charles Finkelnburg, Semmola, Sanderegger, Aladar, Rozsahegyi).

22. Expériences faites dans les divers pays relativement aux vaccinations préventives (charbon « bacillus anthracis », charbon symptomatique, érysipèle des cochons, choléra des poules, fièvre typhoïde des chevaux, rage, etc.) MM. Charles Chamberland, Gustave Custer, A. Lydtin, Armand Pützen, Jean Csokor).

B. Conférences qui seront mises à l'ordre du jour des sections d'hygiène après la clôture des débats relatifs aux questions qui figurent au programme A.

1. Quels éléments météorologiques peut-on recommander et de quelle manière doivent-ils être exposés, vu l'état actuel de nos connaissances et celui de la caractéristique des climats, par rapport à l'hygiène, pour arriver dans des buts hygiéniques à une climatologie comparée, basée sur les mêmes principes? (M. le docteur Jules Hann).

2. Critères propres à faire juger de l'état hygiénique de l'air d'après l'état actuel de la science (M. le docteur Maximilien Gruber).

3. Quels sont les métaux ou les alliages qui, servant à la fabrication d'ustensiles de cuisine ou de ceux avec lesquels on mange et l'on boit, doivent être considérés comme nuisibles à la santé ou comme pouvant l'être? (M. le docteur Ernest Ludwig).

4. De l'emploi des conduites d'eau de plomb (M. le docteur A. Hamon).

5. Des causes qui prédisposent aux maladies infectieuses (M. le docteur Antoine Weichselbaum).

6. Enregistrement international des maladies épidémiques (M. le docteur Isidore Soyka).

7. Résultats des études sur la malaria à Rome (M. le docteur Hector Marchiafava).

8. Causes et voies de propagation de la diphthérie (M. le docteur Joseph Teiseier).

9. Etiologie du rachitisme (M. le docteur Gaetano Pini).

10. Quelle est la tâche à remplir en vue de l'examen scientifique des causes du crétinisme et quels sont les moyens qui, maintenant déjà, peuvent être proposés pour combattre ce mal? (M. le docteur Jules Kratter).

11. État hygiénique de la ville de Bordeaux et prophylaxie à laquelle on y a recours contre la rage (M. le docteur E. Mauriac).

IV. Programme de la section de démographie.

A. Discours (sans débats).

1. De l'importance des études de démographie et des services qu'elles peuvent rendre à l'Etat (M. le docteur A. Chervin).

2. Du développement actuel de la théorie de la population (M. le docteur V. John).

3. Etat des travaux de démographie (M. L. Bodio).

4. Mouvement de la population : *(a)* Mouvement de la population et économie nationale (M. le docteur A. Beaujon).

(b) Mouvement de la population par rapport à la hauteur absolue des lieux habitée (M. Gustave A. Schimmer).

5. Statistique des suicides : *(a)* Du suicide en général (M. le docteur et chevalier Fr. X. de Neumann-Spallart.

(b) Du suicide dans le canton de Neuchâtel (M. le docteur Guillaume).

6. Circonstances dans lesquelles se trouvent certains pays et villes par rapport à la démographie : *(a)* De la mortalité en Autriche (M. le docteur Presl).

(b) Démographie des villes de l'Autriche (M. le docteur Ernest Mischler).

(c) Démographie et hygiène de Bordeaux (M. le docteur Mauriac).

(d) La mortalité comparée par fièvre typhoïde et par choléra dans les divers quartiers de Paris (M. A. Durand-Claye).

B. *Rapports débattus.*

7. Des Méthodes de dépouillement du recensement (M. Joseph Kœrœsi).

8. De l'augmentation de la population en Europe au XIXe siècle, et de son augmentation future (En ayant particulièrement en vue la recherche de la formule d'accroissement pour de longues périodes) Joseph Kœrœsi.

9. Statistique des enfants illégitimes (MM. les docteurs J. Bertillon et Th. Pilat).

10. Mortalité des enfants par rapport au mode d'alimentation (M. le docteur Bœckh).

11. Bases de la statistique de l'état des ouvriers industriels, particulièrement en vue des dispositions fixées par la loi sur

les caisses de secours (M. le docteur Guillaume-François Exner).

12. Influence des professions sur la morbidité et la mortalité (M. le docteur François de Juraschek).

13. Défauts corporels des recrues (MM. les docteurs A. Chervin et Paul Myrdacz).

La direction générale impériale et royale des chemins de fer autrichiens a accordé aux personnes qui prendront part au VI° Congrès international d'hygiène et de démographie convoqué à Vienne du 26 septembre au 2 octobre, une réduction de prix de 50% pour toutes les classes de ses lignes (aller et retour) et pour tous ses trains réguliers de voyageurs (stations frontières de l'Ouest : Saint-Margarethen et Buchs, vers la Suisse : Simbach, Passau, Eisenstein et Eger, vers la Bavière). Les membres de famille accompagnant les membres du Congrès ne jouissent pas de la même faveur.

Les membres recevront pour les chemins de fer autrichiens des cartes de légitimation, qui leur seront délivrées par le secrétariat général.

Le chemin de fer français de l'Est et la ligne Paris-Lyon-Méditerranée ont fait espérer une réduction de 50 p. 100 en faveur des membres du Congrès et des membres de leur famille qui voyageraient avec eux. Les noms des membres du Congrès doivent être communiqués au plus tard jusqu'au 5 septembre aux directions de ces lignes, avec indication de la station de départ et de la classe que l'on se propose de prendre, sur quoi elles délivreront des bons au porteur.

Les directions des chemins de fer de l'empire d'Allemagne n'ont pas accordé de prix de faveur.

R. F. D...

NOUVELLES

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi dernier, 18 juillet 1887, à une double élection.

1° A l'élection d'un *secrétaire perpétuel* pour les sciences physiques, en remplacement de M. Vulpian, décédé.

Le nombre des votants étant 41, majorité 21, M. Pasteur est élu, au premier tour de scrutin, par 39 voix. Il y a deux bulletins blancs.

2° A l'élection d'un *correspondant* dans la section d'anatomie et zoologie. Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne : M. Cotteau (d'Auxerre) ; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Marion (de Marseille) et Sabatier (de Montpellier).

Le nombre des votants étant 31, majorité 16, M. Cotteau est élu par 29 suffrages contre 2 à M. Marion.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux civils de Paris s'est terminé lundi 18 juillet 1887 ; sont nommés : MM. les docteurs Tuffié et Picqué.

Nous sommes heureux d'applaudir au brillant succès de notre collaborateur et ami Picqué et de pouvoir lui adresser ici nos sincères et chaleureuses félicitations.

PROSECTORAT DE CLAMART. — Le registre d'inscription des candidats à la place vacante de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, dont le concours doit s'ouvrir le 3 août prochain, est clos. Les candidats, au nombre de trois, sont MM. Demoulin, Sebileau et Thiéry.

Les membres du jury sont : MM. les docteurs Tillaux, Péan, Desormeaux, Panas, Perrier, E. Moutard-Martin et Legroux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les docteurs Duplay et Lannelongue (de Paris).

Chevaliers. — MM. les docteurs Gibert, Gonël, Michel, Tapret, Terrillon et Wickham (de Paris) ; Baissade, médecin de la marine ; Dechaux (de Montluçon) ; Espiau de Lamaestre (de Ville-Evrard) ; Hecht (de Nancy) ; Ricoux (de Philippeville).

— Sont nommés officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Damaschino et Lannelongue (de Paris) ; Belugou (de Lamalou-les Bains) ; Chapplain (de Marseille) ; Coustan, médecin militaire ; Coyne (de Bordeaux) ; Crussard (de Neufchâteau) ; Gayet (de Lyon) ; Hospital (de Clermont-Ferrand) ; Lemaistre (de Limoges) ; Motais (d'Angers) ; Paquet (de Lille) ; Strapart (de Reims) ; Mme Brès (de Paris) et M. Pupin, secrétaire de la Faculté de médecine.

— Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Chevallereau, Chopinet, Desmarres, Hirtz, Le Blond, Lissonde, Maranger, Méne, Morel, Morisson, Nitot et Yvon (de Paris), Albespy (de Rodez), Cazeneuve (de Lyon), Dauzat (de la Bourboule), Dejeanne (de Bagnères-de-Bigorre), Doutrebente (de Blois), Ferry de la Bellone (d'Apt), Fournier (de Tours), Gouget (d'Aix), Goulard (de Lille), Guillié (de Villeneuve-la-Guyard), Laisney (de Coutances), de Lapersonne (de Lille), Leroy (de Lille), Louveau (de Montmorency), Morelle (de Lille), Queirel (de Marseille), Weiss (de Nancy).

— La décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. les docteurs Gourdan-Fromentel (de Gray), Ribes (de Guchen), Sauria (de Saint-Lotbain).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Morel. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — Quelques observations de formes anormales. — Recherches sur l'antipyrine. — M. Fauvel. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou situés dans l'espace hyoïdien. — M. Rivière. Traitement des cataractes congénitales molles par l'extraction linéaire simple opposée à la discision. — M. Mangin. La médecine en Annam. — M. Chabanet. Tubage de la glotte.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 10 AU SAMEDI 16 JUILLET 1887

Fièvre typhoïde 24 — Variole 10. — Rougeole 23. — Scarlatine 9. — Coqueluche 6. — Diphtérie, croup, 25 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 157. — Autres tuberculoses 20. — Tumeurs : Cancéreuses 46. — Autres 8. — Méningite 40. — Congestion et hémorr. cérébr. 37. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 10. — Maladies organiques du cœur 42. — Bronchite aiguë 12. — Bronchite chronique 22. — Broncho-pneumonie 16. — Pneumonie 41. — Gastro-entérite : Sein 29. — Biberon 50. — Autres 13. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 20. — Suicides 19. — Autres morts violentes 18. — Autres causes de mort 160. — Causes inconnues 5 — Total de la semaine : 894 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La pratique obstétricale. — Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le docteur Crouzat, préparateur des cours d'accouchements a la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-12 de 290 pages avec 75 figures intercalées dans le texte. — Prix broché : 5 francs. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins, par le docteur Robson Roose, membre du Collège royal de médecine d'Edimbourg, ouvrage traduit d'après la troisième édition anglaise; par le docteur Lucien Deniau. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50 — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale. — Cou. — Membre supérieur. — Poitrine. Un volume in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzean, place de l'Ecole-de-Médecine.

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs A. Fillean et Léon Petit. Première année, premier fascicule. In-8o de 55 pages. — Prix : 2 fr. — Deuxième année, deuxième fascicule. In-8o de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

SUR LE RETOUR IMMÉDIAT DE L'INNERVATION APRÈS LA SUTURE DES NERFS, par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé libre, membre de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir le numéro précédent.

FAITS CLINIQUES.

Les sections des nerfs, chez l'homme, produisent des effets en tous points semblables à ceux qu'on observe dans les expériences chez les animaux.

Les phénomènes de suppléance de la sensibilité se manifestent très clairement dans les rameaux qui terminent les troncs nerveux. La sensibilité des doigts, par exemple, ne subit presque aucune atteinte après la section d'un seul nerf collatéral, et même après la section de deux nerfs collatéraux. Il faut que les quatre nerfs collatéraux soient coupés pour que la sensibilité soit abolie (1).

La sensibilité récurrente existe chez l'homme, comme chez les animaux. C'est ainsi que, chez un blessé qui avait le nerf médian coupé au niveau du poignet, M. Richet constata le premier, en 1867, que le bont périphérique était resté sensible aux excitations et que la sensibilité de la main était conservée (UNION MÉDICALE et GAZETTE DES HÔPITAUX, 1867). Il expliqua ce phénomène, un an avant que les recherches de MM. Arloing et Tripier ne fussent connues, par la présence de filets anastomotiques et récurrents sensitifs dans le bout périphérique du médian, filets qui émaneraient des nerfs voisins restés intacts. Plus tard, en 1875, M. Richet a pu dire avec raison que l'analyse de son fait clinique avait éveillé l'attention des savants et ouvert la voie aux expérimentateurs sur ce point si intéressant d'anatomie et de physiologie.

La sensibilité récurrente a été retrouvée plusieurs fois depuis M. Richet. Mais elle peut manquer, et elle manque souvent, soit parce que les fibres récurrentes sont rares et ne sont pas

(1) On sait, depuis les recherches de M. G. Richelot (*in* ARCH. DE PHYSIOLOGIE, t. VII, p. 177, 1875) que les collatéraux dorsaux de l'index, du médius et de l'annulaire, sont formés par la bifurcation des collatéraux palmaires au-dessus du pli interdigital. La distribution est différente sur le pouce et sur l'auriculaire. Sur le pouce, les collatéraux palmaires, émanés du médian, ne se bifurquent pas pour former les collatéraux dorsaux; ceux-ci viennent du radial. Pour l'auriculaire, il y a quatre collatéraux venus tous du cubital. Mais, pour les trois doigts du milieu, le radial et le cubital ne donnent pas trace de collatéraux dorsaux. Les branches dorsales émanées de ces deux nerfs atteignent la racine de l'index, du médius et de l'annulaire, puis s'épanouissent en ramuscules qui s'épuisent dans la peau de la face dorsale de la première phalange en s'anastomosant avec les collatéraux dorsaux fournis par les collatéraux palmaires. La sensibilité de l'index, du médius, de l'annulaire et de la face palmaire du pouce est donc sous la dépendance du médian. Celle de l'auriculaire, sous la dépendance du cubital.

FEUILLETON

LES MOMIES ROYALES D'EGYPTE RÉCEMMENT MISES AU JOUR, par M. MASPERO, membre de l'Académie. Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie des inscriptions et belles-lettres.

Suite et fin. — Voir le numéro 24.

La plupart des momies portent peu de bijoux ; ceux qu'on leur avait donnés étaient pour la plupart déposés à côté d'elles dans le cercueil et ont été volés par les Egyptiens, peut-être par les embaumeurs eux-mêmes. Elles n'avaient probablement qu'un scarabée, un ou deux pectoraux en or ou en bois doré, une paire de boucles d'oreille, un ou deux bracelets et quelques amulettes en pâte de verre ou en or, noyés dans l'épaisseur des bandelettes. Si mince que fût la valeur de ces objets, ils excitaient la convoitise des détrousseurs de tombeaux. Ramsès II, Séti Ier, Thoutmos III, ne les ont plus depuis longtemps ; les gens qui les ont dépouillés respectaient si peu la majesté royale, qu'ils ont arraché le lobe de l'oreille avec la boucle, ou détaché à coups de hache ou de couteau les bracelets qui adhéraient trop étroitement à la peau. Encore ne faut-il pas trop plaindre les Pharaons qui n'ont perdu rien de plus. D'autres ont été brisés et les fragments laissés sur la place ; d'autres ont été emportés dans quelque endroit reculé où on les a dépouillés à loisir.

Les surveillants de la nécropole, lorsqu'ils découvraient le sacrilège, se gardaient bien de l'aller révéler ; même s'ils n'étaient pas complices, ils répondaient sur leur vie de l'intégrité des corps qui leur étaient confiés. Ils s'efforçaient donc de faire disparaître au plus vite les traces du dégât et le réparaient de leur mieux. La momie de Thoutmos III avait été cassée en trois morceaux : ils les ont raccordés bout à bout entre deux petites rames de bois peintes en blanc, comme entre deux éclisses, pour les empêcher de ballotter dans leur nouveau maillot. La princesse Sitamon, une enfant de trois ou quatre ans, fille d'Athmos Ier, avait été littéralement réduite en poussière : le crâne seul restait intact. Les gardiens de la nécropole prirent le parti de lui fabriquer une apparence de corps avec le crâne qui subsistait, des côtes de feuilles de palmier, quelques débris d'ossements et des chiffons.

directement excitées, soit parce qu'elles font réellement défaut.

A mesure que la section s'éloigne de la périphérie, et qu'au lien de porter sur les branches d'un nerf elle porte sur son tronc, la sensibilité subit des troubles plus étendus et plus profonds. Souvent même, il y a une anesthésie complète dans le territoire du nerf coupé.

En outre, s'il s'agit d'un nerf moteur, les muscles animés par ce nerf sont paralysés.

En définitive, malgré la solidarité des nerfs d'une même région, l'expérience de tous les jours prouve que la section du tronc d'un nerf mixte cause la paralysie du sentiment et du mouvement dans les parties qui en sont tributaires. L'influence des nerfs voisins ne fait qu'atténuer la paralysie du sentiment; elle ne peut rien sur la paralysie du mouvement.

Au point de vue de la pratique, c'est seulement à ces sortes de blessures, avec perte de la sensibilité et du mouvement, que le chirurgien doit porter remède. Car, s'il n'intervient pas, et s'il ne favorise pas les efforts de la nature, qui tend constamment à rétablir la continuité du nerf, la paralysie deviendra définitive.

Si, au contraire, il s'agit d'une section nerveuse, dans laquelle l'insensibilité n'existe pas par suite de la suppléance des nerfs voisins et dans laquelle il n'y a pas de paralysie musculaire, le chirurgien n'a pas à s'en préoccuper. Il n'a pas à combattre des accidents qui n'existent pas. Dans un cas analogue à celui de M. Richet, la blessure du nerf est évidemment accessoire et sans importance, puisqu'elle n'entraîne aucun trouble fonctionnel. On est donc autorisé à la négliger et à traiter la plaie comme une plaie simple.

Comme les physiologistes, les cliniciens ont observé que les deux tronçons d'un nerf divisé se soudent par une cicatrice, lorsqu'ils sont convenablement rapprochés l'un de l'autre par la position ou par la suture; puis qu'en général les fonctions de sensibilité, de motricité et de nutrition, se rétablissent, lorsque la dégénération wallérienne et la régénération du bout périphérique se sont accomplies.

Les phénomènes de la dégénération du bout périphérique, de sa cicatrisation avec le bout central et de sa régénération, sont identiques, chez l'homme, à ceux qui se passent chez les animaux les plus rapprochés de lui.

Le retour des fonctions exige, chez l'homme, plusieurs semaines, plusieurs mois, quelquefois une ou deux années. Il s'effectue d'autant plus vite que le sujet est plus jeune, que les bouts sont moins écartés, que l'immobilité est plus complète, que l'inflammation de la plaie est plus modérée : toutes circonstances qui favorisent le bourgeonnement des tubes nerveux centraux et leur expansion facile dans le bout périphérique.

Mais si le *retour tardif* des fonctions d'un nerf coupé ne fait plus doute pour personne, on n'est pas d'accord sur le *retour immédiat* de ces mêmes fonctions, dans le cas où les deux bouts du nerf, suturés avec soin, se seraient réunis par première intention.

Nous avons vu que la réunion par première intention paraît avoir été obtenue par quelques expérimentateurs. Chez l'homme, elle s'est déjà réalisée un assez grand nombre de fois pour que le fait soit certain. Ceux qui la nient, s'appuient sur des expériences et sur des observations dans lesquelles les conditions propres à l'obtenir n'ont pas été remplies. En effet elle exige, pour se produire, un ensemble de conditions particulières, naguère inconnues et difficiles à réaliser : 1° Il faut établir bout à bout le contact des tubes nerveux, puis maintenir ce contact par un ou plusieurs fils aseptiques passés à travers les tronçons du nerf sans léser sa substance; 2° Il faut que la plaie du nerf et des tissus voisins se cicatrise par première intention, sans inflammation plastique ou suppurative. Or, il y a quelques années, lorsqu'on ne savait pas se mettre à l'abri de l'inflammation et de la suppuration des plaies par des pansements antiseptiques, il était presque impossible d'observer une réunion immédiate sur un nerf coupé.

Il n'y a pas de raison pour que le tissu du nerf fasse exception à la réunion immédiate, qui se montre dans tous les autres tissus. Lorsque le chirurgien obtient, tous les jours, la réunion par première intention des os, des tendons, des muscles, de la substance cérébrale, des glandes, etc., pourquoi n'obtiendrait-il pas aussi celle des nerfs?

Cette réunion par première intention, qui s'affirmera de plus en plus, n'aurait pas une grande importance si le bout périphérique du nerf réuni était fatalement destiné à dégénérer. Mais il n'en est rien. La soudure bout à bout des tubes nerveux produit un phénomène extrêmement intéressant, c'est le maintien de l'état normal dans le bout péri-

---

La momie ainsi reconstituée était trop longue pour sa largeur; mais les inspecteurs royaux avaient mille raisons de ne pas la regarder de trop près, et, pourvu que les dehors fussent en bon état, ils s'inquiétaient peu de ce qu'il y avait au dedans. La reine Masbonttimibou avait disparu complètement. Un morceau de bois, emprunté aux débris d'un cercueil à vernis jaune de la XX° dynastie, lui tint lieu de corps; un paquet de chiffons simula la tête, un paquet de chiffons les pieds. Le tout était si bardiment combiné que l'on n'aurait jamais soupçonné la fraude, si je ne m'étais avisé d'examiner la princesse.

Partout où l'homme s'est abstenu de détruire, les corps sont si bien conservés qu'on peut se figurer sans peine l'aspect qu'ils présentaient pendant la vie. Les Pharaons du premier groupe appartenaient à deux familles différentes. La plus ancienne descend directement d'un des derniers princes de la XVII° dynastie, Soqnounri Tiouâqen III, et comprend cinq générations au moins. Le type qui se dégage de l'ensemble se rapproche sensiblement du beau type nubien de nos jours.

Hommes et femmes sont grands, élancés, fortement bâtis. Ils ont le buste ample, large, vigoureux, les jambes nerveuses et sèches, les pieds effilés et bien cambrés, les mains fines, les bras longs, les muscles de l'épaule et du cou développés à l'extrême. La tête est plutôt petite par rapport au corps, allongée d'avant en arrière, étroite à la hauteur des tempes, lourde dans la partie du bas. Le nez est long, mince, droit le plus souvent, les yeux sont petits et rapprochés l'un de l'autre, la bouche est large et bien garnie, la chevelure drue, épaisse, bouclée chez les hommes, ondulée chez celle des femmes qui ne la portent pas tressée en petites nattes serrées comme les Nubiennes d'aujourd'hui.

Thoutmos III a la face écrasée entièrement, et ses traits nous apparaissent brouillés, comme à travers un voile. Les autres ont eu le nez aplati par la pression des bandelettes; mais cet accident ne nuit pas trop à l'expression de leur physionomie. Ahmos Ier a de la dureté et de la hauteur, Thoutmos II un air de faiblesse et d'astuce, les reines une sorte de laideur résignée.

L'étude minutieuse des corps a permis souvent de déterminer à peu près l'âge de chaque individu. Thoutmos II avait de vingt-six à trente ans au moment de la mort : on le voit à l'état de ses dents, et ce résultat de l'examen médical est d'accord avec ce que les monuments nous avaient appris sur la longueur de son règne et

phérique et le retour immédiat, ou presque immédiat, de l'innervation.

Pour étudier ce phénomène si étrange, il faut distinguer deux ordres de faits cliniques, qui correspondent à deux espèces d'expériences réalisées chez les animaux : dans l'un, la section du nerf est récente et ses deux bouts sont rapprochés par une suture dite *primitive*; dans l'autre, la section est ancienne et les bouts du nerf, séparés l'un de l'autre, se sont cicatrisés isolément; la paralysie est complète; mais le chirurgien intervient pour aviver les extrémités du nerf et les réunir par une suture qui, dans ce cas, est dite *secondaire*.

A. Résultat de la suture primitive.

Le retour rapide de l'innervation après la suture primitive a été très rarement observé, et certainement il ne sera jamais qu'un phénomène exceptionnel. La raison en est que le chirurgien est appelé à intervenir habituellement trop tard, à un moment où le travail de la dégénération est déjà commencé. Il suffit probablement de bien peu d'heures, pour que la structure du bout périphérique soit en voie d'altération, et pour que l'évolution de la dégénérescence ne puisse plus être enrayée. La fonction du nerf étant intimement liée à l'état de ses tubes nerveux, si ceux-ci ont déjà subi une altération de structure, on aura beau les mettre en contact, l'innervation ne se rétablira pas immédiatement. Elle ne réapparaîtra que tardivement, lorsque les tubes, après avoir subi les phases de la dégénérescence, se seront régénérés. Telle est l'explication de l'échec presque constant de la suture primitive.

Voici maintenant quelques faits qui prouvent la réunion immédiate des nerfs, et par suite le retour rapide de l'innervation après la suture, faite aussi hâtivement que possible.

I. Nélaton père (*Gazette des hôpitaux*, 1864). — Une femme, de 24 ans, portait à la partie supérieure et interne du bras gauche un névrôme douloureux du médian. Le 24 avril 1863, Nélaton met à nu le médian au-dessus et au-dessous du névrôme, sectionne le nerf au-dessous, en ayant soin de retenir le bout nerveux par un fil d'argent qui le traverse, divise ensuite le nerf au-dessus, et engage le même fil dans le bout supérieur. Il rapproche alors les deux extrémités nerveuses jusqu'à affrontement exact de leurs surfaces de section, et les maintient réunies par un tube de Galli écrasé sur les fils.

L'opération terminée, Nélaton constata qu'il y avait une *paralysie complète du sentiment et du mouvement dans les parties auxquelles se distribue le nerf médian.*

Sept jours après l'opération, la malade put exécuter, facilement et rapidement, des mouvements de flexion des trois doigts, auxquels se distribue le nerf médian, et, de plus, *faire opposer le pouce avec l'index et le médius.*

II. Laugier (*Bulletin de l'Académie des Sciences*, 20 juin 1864). — Section transversale du nerf médian, des artères radiale et cubitale, des muscles grand et petit palmaires et de quelques faisceaux du fléchisseur superficiel des doigts par une plaie siégeant à la partie inférieure de l'avant-bras. Laugier constate que la *sensibilité avait disparu dans toutes les parties desservies par le nerf médian, et que les mouvements d'opposition du pouce étaient impossibles.* Il fit la suture des deux bouts du nerf avec un fil de soie.

Dès le soir du jour de l'opération, la sensibilité semble un peu rétablie dans les points où elle avait disparu. Le lendemain, le *retour de la sensibilité est très marqué; mais, ce qui frappe surtout, c'est que le mouvement d'opposition du pouce se fait très facilement.* Le huitième jour, tout le bénéfice de l'opération était conservé.

Vers le treizième jour, une inflammation manifeste se montra dans le nerf, au niveau de la plaie. Il en résulta des douleurs dans les doigts d'abord paralysés et une perte partielle de leur sensibilité de retour. Mais les mouvements du pouce restèrent intacts. Bientôt ils prirent plus de développement. Non seulement l'opéré exécutait les mouvements d'opposition, mais encore ceux de circumduction.

III. Verneuil. — Plaie du cubital à quelques centimètres du poignet, chez un sujet de 29 ans. Insensibilité absolue du territoire du nerf cubital. Suture directe avec un fil métallique. Au bout de quelques jours, retour de la sensibilité tactile seulement. Pas de détails sur la motilité (Archiv. générale de médecine, t. II, p. 94, 1868).

IV. Vogt. — Section du médian par éclat de porcelaine à trois centimètres du poignet. Suture directe avec fil de catgut. Au quatorzième jour, la sensibilité est normale. A la huitième semaine, on songe à examiner les muscles; on constate que leur motilité est intacte (*In. Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Bd. VII, p. 144, 1875).

V. Hehter. — Blessure du nerf cubital dans une résection du coude. Suture indirecte. Retour de la motilité et de la sensibilité au bout de trois ou quatre jours. Au bout de quatre à cinq semaines,

---

de sa vie. Soqnounri avait une quarantaine d'années; la princesse Ahmos Sitkamos trente ans au plus. Thoutmos II est encore marqué aux stigmates d'une maladie de peau; une de ses aïeules, la reine Ansikap, paraît avoir été atteinte d'éléphantiasis. Elle était obèse, comme beaucoup de femmes égyptiennes; mais elle avait dû languir longtemps avant de mourir, car la graisse avait disparu, la peau flottait et a formé en plusieurs endroits des amas de plis imbriqués l'un sur l'autre. Miritamon, fille d'Ahmos Ier, ne succomba qu'après une agonie longue et douloureuse.

L'usage n'avait pas encore prévalu de disposer toujours les cadavres dans une attitude de repos : on momifiait les gens comme la mort les prenait. Miritamon a la tête penchée sur l'épaule droite d'un mouvement convulsif, la mâchoire pendante, la bouche béante et tirée vers la droite; on dirait que l'âme s'en est allée dans un grand cri. La poitrine est soulevée violemment, les épaules sont contractées, les bras se jettent en avant d'un geste raide, les mains se tordent, la jambe droite s'enlace autour de la gauche, les pieds sont crispés; le corps entier est comme agité des dernières convulsions de l'agonie.

Le roi Socqnounri fut tué dans une bataille contre les Hyksos, la face à l'ennemi. Il s'était rasé la barbe le matin même, et s'était, selon l'expression égyptienne, *paré pour le combat comme le dieu Montou.* Son courage l'entraîna trop avant dans la mêlée; il fut entouré et abattu avant que les siens eussent le temps de le dégager. Un coup de hache lui enleva une partie de la joue gauche, lui découvrit les dents, lui fendit la mâchoire, le renversa à terre étourdi; un second coup pénétra profondément dans le crâne, une dague ou une lance courte lui creva le front vers la droite, un peu au-dessus de l'œil. Les Egyptiens reconquirent le corps et l'embaumèrent à la hâte, à demi décomposé, avant de l'envoyer à Thèbes, au tombeau de la famille. Les traits respirent la rage et la fureur de la lutte; une grande plaque blanchâtre de cervelle épandue l'aveugle, le front est plissé, les lèvres rétractées en cercle laissent apercevoir la mâchoire et la langue mordue entre les dents.

Une autre momie du même groupe est plus effrayante encore. Elle était enfermée dans une caisse blanche, sans inscription, et n'avait rien sur elle qui permît de constater son identité. Une peau de mouton blanche l'enveloppait, puis un épais lacis de bandelettes, puis une couche de natron blanchâtre, chargé de graisse

mouvements des interosseux. A la sixième semaine, les interosseux fonctionnent très nettement (*In Verhaudlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chir.*, V° *Congress*, p. 110, 1876).

VI. KRAUSSOLD. — Section du cubital par coup de sabre à deux travers de doigt de l'épitrochlée. Sensibilité au tact et à la douleur abolie sur le territoire du cubital. Suture indirecte au catgut. Le sixième jour, la sensibilité peut être considérée comme normale. Du huitième au douzième jour, la sensibilité diminue et la température des quatrième et cinquième doigts s'abaisse. Par l'emploi de l'électricité, la motilité redevient normale dans le territoire du cubital. Un an après l'opération, la sensibilité s'altéra de nouveau. La motilité s'est conservée (*In Sammlung Klinischer Vortræge, Herausgegeben von R. Volkmann*, n° 132, 1878).

VII. KŒNIG. — Plaie du médian et du cubital au poignet. Suture directe. Au bout de six à huit jours, la sensibilité revient peu à peu. La motilité apparaît au bout de quelques semaines (1879, in *Lehrbuch der spec. Chir.*, t. II, p. 704).

VIII. KRAUSSALD. — Dans un accès de mélancolie, une fille, de 24 ans, essaya de se suicider en se coupant les artères des deux avant-bras, dans la région du poignet, avec un couteau de poche. A gauche, les nerfs radial et cubital sont complètement coupés, le médian est coupé aux trois quarts. A droite, les nerfs médian et radial sont complètemont coupés, le nerf cubital est coupé aux deux tiers. Sutures indirectes des nerfs avec fils de catgut. Spray. Pansement antiseptique. Immobilisation des mains dans l'attitude fléchie. Au bout de deux jours, la sensibilité commence à revenir des deux côtés. Le quatrième jour, elle est presque normale, et le retard de la sensation va en diminuant. Trois semaines après la blessure, la sensibilité est tout à fait normale. Il y eut un arrêt de la croissance des ongles et de la desquammation épidermique. Les mouvements des doigts semblent être très bien revenus, puisque la malade pouvait se friser (1880, in *Centralblatt f. Chir.*, n° 47).

IX. KOELLIKER. — Section du médian et du cubital à deux travers de doigt au-dessus du poignet. Suture directe des deux nerfs avec le catgut. Au bout de quatorze jours, le fonctionnement du médian avait reparu. Il restait éteint du côté du cubital (1881, in *Centralblatt für Chir.*, p. 124.

X. P. SEGOND. — Section du médian et du cubital, des deux artères, radiale et cubitale, et des tendons de la face antérieure du poignet, chez une jeune fille, à laquelle M. Segond est appelé à donner des soins une heure après la blessure. Il constate que la sensibilité est complètement abolie dans les territoires du médian et du cubital. Il constate, en outre, que l'extrémité du bout périphérique des nerfs médian et cubital est absolument insensible. Par conséquent, la sensibilité récurrente n'existe pas.

Suture des nerfs avec fil de catgut. Suture des tendons. Pansement antiseptique.

Immédiatement après l'opération, la sensibilité est revenue dans toutes les parties anesthésiées. Depuis plus d'un an, elle s'est conservée intacte. Mais les muscles sont restés presque complètement paralysés et se sont atrophiés (1887, *Bul. de la Soc. de chirurgie*, t. XIII, p. 349).

Après la lecture des faits précédents, on éprouve quelque peine à admettre que la réapparition rapide de la sensibilité et de la motilité tient uniquement à la présence des fibres nerveuses directes ou récurrentes appartenant aux nerfs voisins restés intacts. L'hypothèse de la suppléance des nerfs, basée sur les remarquables travaux de MM. Arloing et Tripier, rend très bien compte de tous les cas où la sensibilité n'est pas abolie dans la sphère d'un nerf coupé. Elle explique, d'une manière très satisfaisante, les observations analogues à celle de M. Richet. Elle donne encore l'explication de la sensibilité amoindrie, et non perdue, après la section d'un nerf. Mais, quand on a affaire à des sections nerveuses avec perte de la sensibilité et perte de la motilité dûment constatées, elle est singulièrement en défaut.

Or, c'est précisément les cas avec perte de l'innervation qui sont en cause. Puisque, dans ces cas, la suture primitive du nerf ramène l'innervation à bref délai, il faut bien en conclure que ce phénomène tient à autre chose qu'à la manifestation d'une suppléance nerveuse.

Malheureusement les observations de réunion immédiate, qui ont été publiées, ne sont pas toujours assez précises pour ne pas prêter à la controverse. On a objecté à l'observation célèbre de Laugier et à la plupart des autres observations, que le retour de la sensibilité n'était qu'une illusion ; que les malades sentaient le contact des objets, parce que ce contact produit, dans le doigt et dans la main, un ébranlement qui est perçu ; mais qu'il n'y avait pas un réel retour de la sensibilité. Pour éviter cette objection, on doit toujours avoir soin d'explorer non seulement l'état de la sensibilité tactile, mais surtout l'état de la sensibilité à la douleur.

D'ailleurs, lorsque deux nerfs, qui peuvent se suppléer, sont coupés à la fois, comme dans les observations de Kraussold et de M. Segond, et que la sensibilité reparaît après la

---

humaine, onctueux au toucher, fétide, légèrement caustique ; un second maillot, un second lit de natron et le cadavre. Il n'avait pas été ouvert, et les viscères qu'on avait coutume d'extraire de la poitrine et du ventre sont encore en leur place. Les matières préservatrices n'avaient pas été injectées, on les avait répandues autour du corps avec une habileté qui trahit une longue expérience de ce genre de travail. On avait voulu éviter les longueurs ordinaires, les soixante-dix jours de l'embaumement réglementaire, et l'aspect du personnage suffit à montrer pourquoi on avait eu recours à ce procédé expéditif. Il avait été empoisonné : la contraction du ventre et de l'estomac, le mouvement désespéré par lequel la tête se rejette en arrière, l'expression d'angoisse et de douleur atroce qui est repandue sur la face, sont autant d'indices certains. Les bras et les jambes avaient été tordues par la souffrance : on les ramena et on les maintint par de fortes ligatures, et on s'en remit aux embaumeurs du soin de faire disparaître toute trace du crime.

S'agit-il d'une simple intrigue de harem ? L'homme avait vingt-trois ou vingt-quatre ans, et sa jeunesse autorise pareille supposition. Est-ce plutôt un prétendant au trône qu'on aura supprimé discrètement ? Le fils aîné d'Amenbotpou Ier mourut avant d'avoir régné ; peut-être est-ce lui que nous avons retrouvé dans le cercueil sans nom. Nous savons que les conjurations étaient fréquentes en Egypte : Ramsès III fit juger et exécuter un certain Pentoïrit, qui semble avoir été un de ses frères et qui avait comploté de le détrôner.

La forme du cercueil et la main-d'œuvre de l'emmaillotement m'empêchent de reconnaître dans notre personnage un prince de la XX° dynastie. C'est à la XVIII° qu'il appartenait, et les monuments nous révéleront peut être un jour le secret de sa vie. On ne l'ignorait pas sans doute à Thèbes, près de mille ans après l'événement, sous le règne des grands-prêtres d'Amon. Les inspecteurs de la nécropole continuaient à lui rendre les honneurs princiers et à se taire sur son nom et sur la cause de sa mort : aucun d'eux n'a osé tracer sur le cercueil ou sur le maillot le moindre de ces procès-verbaux qu'il écrivait si volontiers sur les autres morts.

Séti Ier et Ramsès II sont d'un type assez différent. Ils se rattachaient par les femmes à l'ancienne lignée ; mais ce qu'ils avaient en eux de sang royal ne leur avait donné aucun des traits qui distinguent les Thoutmos et les Amenhoptou. Ils se ressemblent

suture, il ne semble pas douteux que c'est le rétablissement de la continuité du nerf qui a été la seule cause de ce phénomène.

Le retour rapide de la motilité est encore plus probant que celui de la sensibilité, à la condition que les muscles paralysés ne reçoivent leurs nerfs que d'une seule source. Dans le fait de Nélaton et dans le fait de Langier, la section du médian avait paralysé les muscles de l'éminence thénar. Après la suture, ces muscles recouvrèrent leurs mouvements volontaires, au bout de sept jours dans le premier cas, et au bout d'un seul jour dans le second.

Ces faits nous conduisent à soutenir que le retour rapide de la fonction dépend de la réunion immédiate des deux bouts d'un nerf récemment coupé.

La loi de Waller veut que tout nerf séparé de son centre trophique s'altère. Mais elle exige nécessairement un certain temps, d'une durée inconnue et indéterminée, pour s'exécuter. Son effet peut être nul dans le cas d'un prompt rétablissement de la continuité du nerf. Or, les chirurgiens obtiennent ce résultat, et éludent la loi de Waller, en pratiquant une suture antiseptique très peu de temps après l'accident. L'accolement, direct et sans interposition d'un tissu de nouvelle formation, entre les tubes nerveux des deux tronçons maintient l'intégrité anatomique du bout périphérique et fait réapparaître ses fonctions. Telle est l'explication la plus probable du retour extemporané de la sensibilité et de la motilité après la suture primitive.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hôpital de la Pitié. — Service de M. POLAILLON.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA POITRINE ET DE L'ABDOMEN. — BLESSURE D'UNE INTERCOSTALE. — HÉMO-PNEUMO-THORAX. — MORT; par PAUL THIÉRY, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté de médecine.

Bien que signalés depuis longtemps, les cas de plaies pénétrantes par armes à feu intéressant à la fois le thorax et l'abdomen ne sont pas absolument fréquents à observer dans les services de chirurgie des hôpitaux civils; les lésions diffèrent d'ailleurs avec chaque cas et chacun d'eux peut présenter quelques particularités à signaler. L'observation suivante, recueillie dans le service de notre excellent maître M. Polaillon (à laquelle nous ne donnons que la valeur d'un fait clinique, sans entreprendre l'historique d'une question aussi complexe), nous semble digne de quelque intérêt.

D..., âgé de 41 ans, cordonnier, entre à la Pitié, salle Broca, service de M. le docteur Polaillon, le 5 juin, à neuf heures et demie du soir. Ce malade s'est tiré, dans une intention de suicide, un coup de revolver dans la région précordiale; le coup a été tiré à bout portant : il y a une demi-heure que l'accident est arrivé.

A l'inspection, on trouve une petite plaie contuse, orifice d'entrée de la balle, siégeant à 1 centimètre en dehors et à 2 centimètres au-dessous du mamelon.

Douleur locale vive, dyspnée; l'interne de garde applique un pansement de Lister. Glace en permanence sur la région. Nuit mauvaise. Agitation extrême.

Le lendemain, le malade est très agité : soif vive, pouls petit, angoisse précordiale, respiration haletante. L'auscultation est très difficile, et tout d'abord le poumon ne nous paraît pas avoir été lésé. Du côté du cœur, on entend un bruit de moulin assez net. En même temps, douleurs abdominales localisées à l'hypochondre gauche; le pouls est rapide et petit. En somme, état général grave.

Le malade s'endort dans la journée; il prend un peu de lait et de bouillon. Il a été à la selle et a uriné dans son lit. On continue la glace.

M. Polaillon, qui l'ausculte, trouve des signes de pneumo-thorax. Nous cherchons la succussion hippocratique sans pouvoir la produire.

7 juin. — Le malade est plus calme: la respiration, toujours embarrassée, est cependant meilleure; la déglutition des liquides provoque de vives douleurs abdominales. Températur 37° le matin, 38 le soir.

8 juin. — L'état est sensiblement meilleur. L'auscultation du poumon ne révèle rien de nouveau : du côté du cœur, on entend un claquement spécial dont il est difficile de se rendre compte. On continue l'application du sac de glace; le malade boit du lait, des potages et du vin. La nuit a été bonne; la respiration est toujours haletante, douleur vive au niveau de la région cardiaque. Température 38° le matin, 38 le soir.

9 juin. — La nuit a été très mauvaise; la douleur thoracique s'est exaspérée. En même temps, la douleur abdominale augmente, et il vient s'y ajouter une vive sensibilité de la région de la fosse iliaque gauche que nous ne savons à quoi attribuer. Température 39°3.

---

beaucoup l'un l'autre, plus peut-être que se ressemblent d'ordinaire le père et le fils; mais Séti a l'expression plus douce et plus intelligente, Ramsès II a plus de vigueur et de fierté. Tous deux sont dans un état de conservation telle qu'on les jurerait morts depuis quelques jours à peine, et pourtant trois mille ans et plus se sont écoulés depuis qu'ils régnèrent sur l'Egypte. Ramsès III leur appartient encore par les traits du visage; mais les procédés d'emmaillotement employés pour lui ne sont déjà plus ceux dont on s'était servi pour ses illustres prédécesseurs. Il semble qu'en sortant des troubles qui l'avaient agitée pendant près d'un demi-siècle, l'Egypte ait voulu redoubler de luxe et de recherche pour tout ce qui touchait à la personne des vivants et des morts. Les momies furent habillées avec plus de soin; les tissus furent de meilleure qualité, les bandages plus serrés, plus épais, mieux enroulés autour du corps et de manière à exclure plus complètement l'air et la lumière.

Un masque de linge fin, enduit de résine et de peix, cache le visage; des peaux d'oignon couvrent la bouche et les yeux. D'espace en espace, on rencontre une enveloppe de linge poissé comme le masque de la figure. La plupart des bandelettes ont été fabriquées par les membres vivants de la famille ou par les serviteurs, dans le temple d'Amon, et portent la date de la fabrication, tracée à l'encre, parfois brodée au fil de couleur. Des serviettes et des écharpes entières méthodiquement pliées garnissent les jambes, les bras, la tête; elles sont bordées de raies rouges et bleues et frangées aux deux extrémités.

Quelquefois, une sorte de natte, tressée très lâche avec de la paille fine, est roulée autour de la momie au tiers environ de l'épaisseur totale. Une toile grossière, sur laquelle est peinte une scène d'adoration, cache le maillot. Elle est recouverte à son tour d'une toile plus fine, généralement teinte en rouge orange, et fixée par des bandes disposées parallèlement de la tête aux pieds. Des bijoux et des amulettes complètent la toilette du mort : un diadème en or, en argent ou en cuivre doré orne le front, un pectoral et un scarabée sont attachés au cou, des anneaux pendent aux oreilles, des bracelets sont cousus dans les étoffes, à la hauteur des poignets et des chevilles. Entre les jambes, un papyrus roulé; parfois un second papyrus s'étale sur la poitrine. Les corps sont en bon état, la face surtout est parée avec une coquetterie presque enfantine.

Le soir, l'état s'aggrave; la respiration est anxieuse, la face pâle, froide, le corps convert de sueur; l'intelligence est conservée. A l'auscultation et à la percussion, les signes du pneumo-thorax sont évidents. On fait une injection d'éther. Température 37°8.

A ce moment seulement, la succussion donne un bruit de flot.

Le malade meurt à une heure du matin, et nous pouvons faire l'autopsie.

Autopsie. — Nous cherchons à introduire un stylet par la plaie, et nous trouvons autour de cette plaie un décollement circulaire de 5 centimètres de diamètre environ avec un trajet situé dans l'épaisseur des muscles précostaux et s'étendant sur une longueur de 8 à 10 centimètres à partir de l'orifice d'entrée de la balle; il y a effusion sanguine dans l'épaisseur et au-dessous du grand pectoral.

Enfin, l'on parvient au sixième espace intercostal, et on y peut reconnaître au niveau des intercostaux une perforation laissant passer le petit doigt et donnant accès dans la cavité pleurale. Celle-ci, au moment de l'ouverture du thorax, présente les lésions suivantes : la plèvre pariétale est lisse, un peu vascularisée au niveau de l'orifice d'entrée de la balle; elle n'est pas décollée; le poumon est rétracté contre la colonne vertébrale où il ne présente plus dans son ensemble que le volume du poing, toutes lésions ayant rapport au pneumo-thorax existant; la cavité pleurale contient une quantité notable (1 litre ou 1 litre 1/2) de sang pur et non entièrement coagulé. Nous introduisons la main jusqu'au sinus costo-diaphragmatique, mais nous ne pouvons trouver le projectile dans la cavité pleurale.

Le poumon gauche présente quelques tubercules crétacés des sommets; aucune lésion inflammatoire et aucune solution de continuité.

Le poumon droit est sain, sauf quelques vieux tubercules, mais la plèvre présente de nombreuses adhérences.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule une faible quantité de sérosité citrine : le cœur est en diastole, très flasque, et contient des caillots; la balle ne siège ni dans le péricarde ni dans le cœur; il n'y a d'ailleurs aucune plaie de l'un ou de l'autre organe.

Nous portons alors notre attention du côté de la cavité abdominale, et nous trouvons : 1° une perforation de la plèvre diaphragmatique et du diaphragme siégeant au niveau du tiers antérieur du muscle et une autre à la partie postérieure; une sonde en gomme, conduite le long du trajet, passe successivement et d'avant en arrière de la cavité pleurale dans l'abdomen, traverse la rate dans sa partie supérieure, perfore encore le diaphragme et apparaît de nouveau dans la cavité pleurale, près du sillon costo-diaphragmatique, à la partie postérieure. Nous trouvons des fausses membranes sur le péritoine diaphragmatique, mais cette péritonite est circonscrite.

Rien du côté de la fosse iliaque gauche qui puisse expliquer la douleur constatée à ce niveau.

Enfin, nous trouvons la balle dans l'épaisseur de la paroi postérieure du thorax, au niveau du 10e espace intercostal; elle est située entre l'intercostal externe et interne. A ce niveau, il y a solution de continuité de l'artère intercostale.

C'est une balle de revolver de 7 m/m. Elle a conservé sa forme conique; on y trouve seulement l'empreinte d'une côte sous forme de rainure creusée à sa superficie.

De cet examen, il résulte que le trajet de la balle a été le suivant: Elle perfore la peau près du mamelon, passe dans l'épaisseur du grand pectoral, perfore le 6e espace intercostal sans atteindre le poumon ou le péricarde, puis traverse le diaphragme, la rate, le diaphragme de nouveau, la cavité pleurale, et va se loger en arrière, dans l'épaisseur du 10e espace intercostal, en blessant l'artère intercostale.

Cette observation nous a paru intéressante à signaler, et, bien que dans l'étude des plaies pénétrantes de poitrine on puisse toujours observer des complications inattendues, il n'en reste pas moins curieux par quelques circonstances anormales que nous allons énumérer rapidement :

1° Trajet oblique de la balle, le coup ayant été tiré à bout portant. La balle n'a point perforé l'espace intercostal correspondant, mais elle est venue perforer le 6e, c'est-à-dire qu'elle a traversé le thorax à une distance notable de l'orifice cutané. C'est là un fait qui n'est pas absolument rare, mais que l'on rencontre surtout dans les plaies par projectiles lorsque le coup a été tiré à quelque distance.

2° Le trajet général parcouru par la balle est intéressant aussi à signaler. Les plaies pénétrantes à la fois du thorax et de l'abdomen sont fréquentes, mais ordinairement l'orifice d'entrée siège très bas à la partie antérieure du thorax, le projectile prend le diaphragme en écharpe et reparaît au niveau du sinus costo-diaphragmatique. Or, dans notre cas, l'orifice d'entrée était presque au niveau du mamelon; il faut donc admettre que le coup a été tiré au moment d'une forte expiration, c'est-à-dire au moment où la convexité du diaphragme remontait au-delà du 6e espace intercostal.

3° Le poumon n'a pas été blessé, fait absolument rare dans l'histoire des plaies pénétrantes de poitrine, surtout lorsque les lésions sont aussi considérables qu'elles l'étaient chez ce

---

Deux reines, Nsitanibashrou et Honttooui, ont la figure encadrée dans les tresses d'une énorme perruque. Des yeux en émail, insérés sous les paupières, brillent à travers les cils. Les rides de la peau, la maigreur du nez, la contraction des lèvres, ont disparu sous une couche épaisse de fard. Honttooui et Nsitanibashrou n'étaient probablement pas fort belles de leur vivant; mais je doute qu'elles fussent ce que nous les voyons aujourd'hui, des modèles incomparables de laideur grotesque. Elles appartenaient à cette pauvre XXIe dynastie. La décadence avait déjà atteint l'art de la momification comme il avait tout le reste. Les embaumeurs ne savaient plus conserver aux sujets qui leur passaient par les mains cette expression de vigueur et de calme que nous voyons sur le visage de Séti Ier ou de Ramsès II, et tâchaient de réparer par des artifices puérils les dommages que leur maladresse avait causés. Ils réussissaient de la sorte à atténuer l'horreur qu'inspirent certaines momies des époques antérieures; mais ce n'était que pour tomber dans un défaut plus grand peut-être. La mort déguisée par leurs soins n'est plus hideuse; elle est ridicule.

L'Egypte est vraiment la terre des merveilles! Elle ne se contente pas, comme l'Assyrie et la Judée, comme la Grèce et comme l'Italie, de nous restituer les monuments dont on refait l'histoire du passé; elle nous rend les hommes même qui ont érigé les monuments et fait l'histoire. Les grands souverains, Thoutmos III, Séti Ier, Sésostris, Ramsès III, ne sont plus des noms détachés de toute forme et flottants dans l'imagination sans couleurs et sans contours : on les voit, on les touche, on mesure leur taille, on jauge la capacité de leur cerveau, on sait quelle était la coupe de leur nez et de leur bouche, s'ils étaient chauves, s'ils avaient quelque infirmité secrète et, comme s'il s'agissait d'un contemporain, on publie leur portrait d'après nature, en photographie.

— Par arrêté pris conformément à l'avis du comité de direction des services de l'hygiène, le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins et étudiants en médecine, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. le docteur Gardet (de Saint-Pierre-d'Argençon).

Médailles de bronze. — M. le docteur Pasqualini (de Marseille) M. Gascuel, interne à l'hôpital Sainte-Marthe, à Avignon.

malade. Ceci semble confirmer encore l'état d'expiration dans lequel se trouvait le poumon au moment du traumatisme; mais il nous paraît difficile d'expliquer cette absence complète de blessure du poumon. Son élasticité ne saurait, à notre avis; être mise en cause, puisque la balle a pu encore perforer le diaphragme en deux points différents : la rate et enfin l'espace intercostal. Notons qu'ici les signes cliniques étaient d'accord avec les constatations de l'autopsie : il n'y a pas eu hémoptysie. Le pneumothorax reconnaissait donc pour cause unique la plaie cutanée, le pansement n'ayant pu être appliqué que trois quarts d'heure après l'accident.

4° Du côté du cœur, nous retrouvons notés dans l'observation deux points importants : d'une part, la douleur cardiaque; d'autre part, le bruit de moulin. Aussi l'idée de plaie pénétrante du péricarde s'était-elle offerte à l'esprit. L'autopsie révèle l'absence totale de plaie du cœur ou du péricarde, et il ne nous reste plus pour expliquer ce bruit de moulin que l'hypothèse du « clapotement » du cœur, si l'on peut dire dans le liquide épanché dans la plèvre; c'est là, croyons-nous, une cause d'erreur peu connue.

Le bruit de moulin serait alors produit, non par les mouvements du cœur au milieu du liquide péricardique, mais par ceux du cœur et du péricarde, considérés ensemble dans le liquide de l'hémo ou de l'hydro-pneumothorax. Dans ce cas, les bruits normaux du cœur pourraient être encore perçus, surtout dans le décubitus dorsal.

5° Les douleurs abdominales qu'accusait le malade devaient porter notre attention du côté de l'abdomen. Nous y trouvons d'une part une péritonite circonscrite avec adhérences en voie de formation, et il ne nous paraît pas douteux que la haute température de la balle, au sortir du canon du revolver (coup tiré à bout portant) n'entre pour une grande part dans la non généralisation de la lésion. Le projectile était donc antiseptique, par suite de la température à laquelle il avait été porté.

La plaie de la rate consistait en une sorte d'attrition de la partie supérieure de l'organe; on a noté dans ces cas un épanchement notable de sang dans la cavité péritonéale : ici, il n'existait en aucune façon, peut-être parce que le pédicule de l'organe n'avait pas été intéressé.

6° La lésion pleurale présentait, elle aussi, quelques difficultés d'interprétation : il y avait hémo-pneumo-thorax, l'épanchement de sang étant du volume d'un litre et demi environ.

Cet épanchement de sang a-t-il été primitif? s'est-il produit au moment de l'accident, ou, au contraire, n'est-il survenu que comme complication et a-t-il déterminé la mort?

Nous ne serions pas éloigné d'admettre cette dernière interprétation, et, bien que le bruit de moulin perçu dès le début semble indiquer la présence d'une certaine quantité de liquide, il nous semble que ce fait n'est pas inconciliable avec l'idée d'une hémorrhagie tardive, et ceci pour les raisons suivantes :

A. Le sang épanché n'était pas coagulé en masse comme cela arrive dans l'hémothorax vrai; il semblait dilué dans une certaine quantité de sérosité qui existait vraisemblablement auparavant. Il n'existait aucune masse fibrineuse.

B. L'accident n'a pas été suivi de phénomènes d'hémorrhagie interne;

Ces phénomènes se sont au contraire manifestés subitement le cinquième jour de l'entrée à l'hôpital et ont été immédiatement suivis d'une dépression profonde.

C. Nous n'avons point observé l'ecchymose lombaire signalée par Valentin dans l'hémothorax.

D. La sonorité du pneumothorax ne s'était point accompagnée dès le début de matité à la base; la succussion hippocratique était négative, et ce n'est que le 9 juin qu'elle nous révèle la présence de liquide, alors que les phénomènes généraux pouvaient nous faire diagnostiquer une hémorrhagie.

E. Le liquide pleural n'avait pas fusé dans le péritoine par les deux plaies que présentait le diaphragme.

Pour toutes ces raisons, nous pensons donc devoir admettre une contusion de l'intercostale du 10e espace, ayant produit la chute de la partie contuse au quatrième jour. Nous avons constaté à l'autopsie l'ouverture du vaisseau : c'était donc une hémorrhagie secondaire par blessure de l'intercostale.

Nous résumerons donc cette observation de la façon suivante :

Plaie pénétrante du thorax et de l'abdomen. — Plaie de la rate. — Péritonite adhésive localisée. — Pneumothorax d'emblée.—Hémothorax secondaire ayant déterminé la mort (blessure de l'intercostale).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le Salol et le Naphtalol.

I. SUR LA MANIÈRE DE FORMULER LES PRÉPARATIONS DE SALOL, par M. SAHLI, de Berne (*Therapeutische Monatshefte*, 1887, n° 4). — II. SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU SALOL, par le même (*Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte*, 1886, nos 12 et 13). — III. OBSERVATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LE SALOL, par le docteur E. GEORGI (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1887, nos 9 et 10). — IV. TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LE SALOL, par le docteur BIELSCHOWSKY (*Therapeutische Monatshefte*, 1887, n° 2). — V. LE SALOL COMME MÉDICAMENT ANTIRHUMATISMAL, par le docteur S. ROSENBERG (*Ibidem*, n° 3; p. 51). — VI. SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU SALOL, par M. HERRLICH. — IDEM, par M. P. GUTTMANN (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, n° 9, p. 102, et no 14, p. 162). — VII. SUR LE NAPHTALOL, par le professeur KOBERT (*Therapeutische Monatshefte*, 1887, n° 5, p. 164).

I. Le salol est une combinaison d'acide salicylique et de phénol, qui, en présence des ferments du suc pancréatique, se dédouble en ses deux principes constituants, ainsi qu'il résulte de recherches antérieures de NENCKI, datant déjà de plusieurs années. Le salol se présente sous la forme d'une substance incolore, d'une odeur légèrement aromatique, d'une saveur presque nulle; il est à peu près insoluble dans l'eau, soluble dans l'éther, dans l'alcool, dans les huiles grasses; il cristallise en se précipitant de ses dissolutions. Il fond à 43°, et prend alors l'aspect d'une masse oléagineuse, incolore, qui ne tarde pas à se solidifier lorsqu'on l'abandonne à elle même. L'analyse chimique a démontré que le salol renferme environ 40 % de phénol pour 60 parties d'acide phenique.

M. Nencki, en se basant sur ce double fait de l'insolubilité du salol dans le suc gastrique, et de son dédoublement dans l'intestin, en deux des médicaments parasiticides les plus énergiques dont dispose aujourd'hui la matière médicale, avait fait entrevoir aux médecins de brillantes espérances, eu égard

aux résultats éventuels de l'emploi thérapeutique de ce nouvel agent dans le traitement des états morbides justiciables des médications salicylée et phéniquée. Ces espérances sont loin de s'être réalisées autant qu'on pouvait s'y attendre en jugeant *a priori*, en se plaçant au point de vue de la théorie. C'est ce que nous montrerons plus loin ; nous allons d'abord reproduire les formules indiquées par Nencki pour prescrire le salol *intus* et *extra*.

Il a été dit à l'instant que le salol a une odeur légèrement aromatique ; cette odeur est cependant assez désagréable à certains sujets pour nécessiter l'emploi de correctifs, et comme tels, Nencki indique en première ligne la menthe poivrée. Pour l'*usage interne*, on pourra prescrire le salol sous forme de poudre, suivant la formule :

Rec. Salol très pur..... 1 gramme.
Menthe poivrée... Q. S.

pour masquer l'odeur. Diviser en dix paquets.

Un autre mode d'administration, très pratique, consiste à prescrire le salol sous forme de tablettes comprimées, mélangé à une poudre indifférente et facilement soluble, telle que l'amidon. Au contact de la moindre quantité d'eau, le mélange se gonfle, se désagrège ; par suite, la dissolution et le dédoublement du salol se trouvent assurés dans l'intestin.

On formulera ces tablettes :

Rec. Salol très pur..... 0 gr. 6
Amidon.......... 1 —

M. et diviser en douze paquets, pour faire autant de tablettes comprimées.

Pour l'*usage externe* (dans le traitement des ulcères, des eczémas, du prurit, des pediculi, de la gale, etc.), on pourra manier le salol sous forme de solution huileuse ou d'onguent, à l'état plus ou moins concentré. Voici deux formules indiquées par Nencki :

Rec. Salol très pur.............. 0 gr. 4 à 4 gr.
Huile d'olives, ou axonge de porc, ou lanoline.......... 40 grammes.
M. — Pour l'usage externe.

Rec. Salol......... 0 gr. 5 à 5 gr.
Amidon...... 50 grammes.
M. — Réduire la masse en poudre très fine.

Il faut éviter de prescrire des poudres contenant une proportion plus forte de salol ; d'abord, parce que la masse s'agglutinerait outre mesure, ensuite parce que, d'après Nencki, l'expérience a démontré que souvent des poudres appliquées à la surface d'un ulcère manifestent une efficacité plus grande quand elles ne renferment qu'une proportion relativement faible de salol.

Enfin, d'après les expériences faites au laboratoire de Nencki, la mixture dont la formule va suivre, constitue une eau dentifrice d'un usage aussi agréable qu'efficace :

Rec. Eau de menthe poivrée..... 5 parties.
Girofle..................
Ecorce de canelle de Ceylan } ââ 10 —
Teinture d'anis étoilé......
Alcool.............. 100 —
Poudre de cochenille...... 5 —

Laisser digérer la masse pendant huit jours, filtrer et ajouter :

Salol très pur......... 2 gr. 5.

M. — Pour les soins de la bouche. Au moment de se servir de ce mélange, on en ajoutera goutte par goutte, à la valeur d'un quart de verre d'eau, jusqu'à ce que le liquide soit fortement lactécient.

Voyons maintenant ce que les premières expériences cliniques faites avec le salol nous apprennent, touchant l'efficacité de ce médicament dans les affections où son emploi paraissait être tout particulièrement indiqué :

— *Rhumatisme articulaire aigu et affections rhumatismales.* — M. Sahli a représenté comme excellents les résultats qu'il a obtenus avec le salol dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, subaigu et chronique. Le médicament était donné à la dose quotidienne de 8 grammes et par prises de 2 grammes aux adultes, à la dose de 2 à 3 grammes et par prises de 0,5 aux enfants. La médication était bien supportée. Déjà deux heures après l'ingestion de la première prise de salol, les urines du sujet donnaient la réaction de l'acide salicylurique. Les bourdonnements d'oreilles, qui surviennent ordinairement dans le cours de la médication salicylée, ont été ressentis par un certain nombre de malades traités par le salol. L'emploi de ce médicament n'a pas empêché les complications endocardiaques de se développer dans un certain nombre de cas. Enfin, le salol a manifesté une très prompte efficacité dans plusieurs cas de névralgies, d'origine présumée rhumatismale, dans des cas d'érythème noueux, d'érythème polymorphe, d'urticaire, de péliose.

M. Georgi a expérimenté le salol dans 20 cas de rhumatisme articulaire ou d'affections rhumatismales. L'auteur conclut de ses observations, que l'efficacité du médicament est à la fois prompte et sûre dans les cas de rhumatisme récent, mono ou polyarticulaire ; une amélioration manifeste s'observait déjà après l'ingestion d'une première dose de 2 grammes de salol ; rarement il a fallu dépasser la dose totale de 10 à 12 grammes, pour venir à bout des douleurs articulaires ; il ne subsistait plus alors que de la raideur et de la gêne des mouvements, qui se dissipaient sous l'influence de nouvelles doses de salol. Dans quelques cas de douleurs rhumatismales et de tuméfaction localisées dans les masses musculaires, le salol a également manifesté une grande efficacité ; toutefois, celle-ci n'a pas la même constance que dans les cas de rhumatisme articulaire. Dans deux cas très tenaces, le salol n'a produit que des effets palliatifs. Trois fois il y a eu récidive ; à ce propos, l'auteur fait remarquer que pour assurer la durée de la guérison, il faut prolonger l'administration du salol à doses plus faibles (1 gramme par jour), après la disparition des accidents aigus.

M. Georgi vante également les bons résultats qu'il a retirés de l'emploi du salol dans le traitement des névralgies d'origine rhumatismale.

M. Bielschowski a prescrit le salol à la dose quotidienne de 5 à 8 grammes, à 27 malades affectés d'un rhumatisme articulaire : 19 ont guéri complètement ; deux fois la médication a complètement échoué, et on ent recours, avec succès, à l'administration consécutive du salicylate de soude. Chez les six autres malades, l'affection rhumatismale a passé à l'état chronique, malgré l'administration successive du salol et du salicylate de soude. Les récidives ont été au nombre de huit ; on en est venu à bout, en prescrivant à nouveau le salol. La quantité totale de ce médicament, administrée à un même malade, a été en moyenne de 22 grammes, 13 grammes au minimum,

44 grammes au maximum. La conclusion de l'auteur est que, en tant que médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu, le salol vaut le salicylate de soude sans lui être supérieur, mais qu'il n'a pas en thérapeutique les inconvénients de ce dernier.

M. Rosenberg a pu se convaincre également de la grande efficacité que le salol manifeste contre le rhumatisme articulaire aigu; chez la plupart des rhumatisants qu'il a soumis à l'administration du salol, la fièvre tombait au bout de 24 à 48 heures, les douleurs articulaires s'atténuaient pour disparaître. Dans un cas, le salol, administré à la dose quotidienne de 8 grammes pendant quinze jours consécutifs, a complètement échoué; le salicylate de soude, administré ensuite à la dose de 5 grammes produisit déjà au bout de deux heures l'effet désiré. Enfin, contrairement à ce qui a été dit plus haut, d'après M. Rosenberg, le salol, administré à l'intérieur, expose aux mêmes inconvénients que le salicylate de soude : bourdonnements d'oreille, sueurs, nausées, vomissements, troubles digestifs de longue durée.

Les observations de M. Herrlich et de M. P. Guttmann, dont il a déjà été question dans le Journal des Sociétés scientifiques (1887, nos 4, 6 et 8), corroborent en gros ce qui vient d'être dit de l'efficacité antirhumatismale du salol, qui est réelle, mais loin d'être constante, qui ne met pas les malades à l'abri des récidives, ni des complications endocardiaques, ni des effets secondaires (bourdonnements d'oreille, diarrhée), qui constituent le côté fâcheux de la médication salicylée.

E. Ricklin.

(A suivre).

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la peau, par le professeur Heinrich Auspitz. — Traduction du docteur A. Doyon. Un volume in-8° de 270 pages. — Paris, G. Masson, éditeur, 1887.

Voici un livre important et qui était d'autant plus utile que, suivant les paroles de M. Ernest Besnier, c'est seulement la très faible minorité des médecins français qui est en mesure de lire dans l'original les ouvrages étrangers. Nous devons donc remercier M. Doyon pour avoir mis à la disposition des lecteurs français, par une traduction élégante autant qu'elle est claire, le livre d'Henri Auspitz, l'un des plus distingués dermatologistes de l'École de Vienne.

La mort impitoyable, dit M. Doyon, a frappé Heinrich Auspitz avant que cette traduction qu'il avait en partie revue fut complètement terminée. Nous ne saurions mieux faire que de joindre nos regrets à ceux du traducteur.

Le livre d'Auspitz n'est cependant pas un traité complet de Dermatologie. Ce n'est qu'un Essai de systématisation générale de la nosologie et de la thérapeutique des affections de la peau « essai vraiment digne de remarque, ajoute M. Doyon, par la hauteur des vues et l'étendue des aperçus; l'auteur s'y montre à la fois profondément versé dans la médecine générale, plein d'originalité dans la doctrine et la nomenclature, et maître d'une autorité incontestée dans l'art de traiter les maladies de la peau.

Ce n'est pas seulement aux dermatologistes que ce livre s'adresse, il doit être lu par les médecins jaloux d'étendre leur horizon scientifique au-delà des limites étroites de la science de l'École ».

Il faut bien néanmoins le reconnaître, ce volume est plutôt un livre de laboratoire qu'un livre de clinique. Quoique peut-être trop théorique, il est des plus intéressants quand même Ainsi, par exemple, à propos de l'érysipèle, voici ce que nous y lisons : « Il faut probablement considérer l'érysipèle comme une lymphangite et une phlébite capillaires, qu'il ne faut en effet séparer que par leur extension en surface des traînées rougeâtres de la phlébite et de la lymphangite des gros vaisseaux. Le processus a naturellement aussi pour conséquence une maladie des couches supérieures de la peau, de la couche papillaire du derme et de l'épiderme, ce qui explique l'apparition accidentelle d'éruptions vésiculeuses et bulleuses, et la terminaison par desquamation.

Beaucoup de raisons militent en faveur de l'hypothèse que la lymphangite et la phlébite capillaires qui servent de base à l'érysipèle doivent être rapportées à une infection par un microparasite (Orth en a trouvé un dans les bulles, Nepveu dans le sang, von Recklinghausen, Lukomsky, Koch, dans les vaisseaux lymphatiques au voisinage immédiat des points érysipélateux). Dans ces derniers temps, Fehleisen, sur les conseils de V. Rinecker, a provoqué directement sur l'homme un érysipèle par inoculation de cultures de cocci provenant d'une peau érysipélateuse (*Mémoires de la Société phys. méd. de Würzburg*, 1882). On peut expliquer ainsi le processus anatomique et clinique de l'érysipèle. »

Ce passage ne semble-t-il pas ouvrir de nouveaux horizons? Il est vrai; mais le praticien, le simple clinicien, s'en contenteront-ils? Nous nous demandons, en outre, si le lecteur française sera toujours satisfait de la lecture de cet ouvrage, et si parfois il n'y verra pas comme une certaine affectation de citer le moins possible le nom des médecins français. Peut-être aussi trouvera-t-il la classification que Auspitz y a faite des affections cutanées par trop monumentale et un peu broussailleuse et touffue, si j'ose ainsi dire.

En effet, ce livre est plutôt un traité de physiologie pathologique et d'histologie pathologique des affections dermiques qu'un traité de pathologie et de thérapeutique générales des maladies de la peau. Il importe que le lecteur en soit prévenu, pour qu'il n'aille pas chercher dans ce volume ce qu'il n'y trouvera pas. Tel qu'il est cependant, il rendra de grands services, mais des services d'un autre genre. Ce n'est pas le praticien qui en tirera surtout profit, mais bien l'homme de science pure. Et, à ce point de vue, nous finirons, comme nous avons commencé, en adressant nos plus vifs remerciements à M. Doyon pour avoir mis entre les mains des dermatologistes français un livre qui leur permettra d'être facilement au courant des recherches micrographiques de nos voisins.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

De l'ostéomyélite de l'os iliaque, par M. Louis Fleury. Thèse de doctorat. — Paris, 1886.

Des trois pièces qui constituent l'os iliaque, l'ilium, en son bord supérieur, est le siège principal, le point de départ le plus ordinaire de l'affection. La lésion est limitée, n'envahit pas totalement l'os iliaque; aux points atteints, le périoste est

décollé par du pus qui s'accumule entre la surface résistante de l'os et lui, et parfois trépane l'os en son point le moins épais. Les organes voisins sont souvent atteints, particulièrement l'articulation sacro-iliaque, la coxo-fémorale.

Si la maladie tend à la guérison, il se fait surtout sur l'ilium une hyperostose considérable, dans laquelle souvent se montrent des poussées inflammatoires nouvelles qui entraînent des abcès nouveaux, des nécroses, des fistules, etc.

La douleur est presque toujours plus forte en un point de la crête iliaque; une tuméfaction de la région fessière, descendant peu à peu vers la racine de la cuisse, avec un empâtement profond, indiquent la localisation de l'ostéomyélite.

L'intervention (grande incision, trépan sur le point de l'os qu'on sent dénudé), sera aussi hâtive et aussi complète que possible; plus tard, la résection des parties nécrosées tarira les fistules persistantes.

Vingt observations d'ostéomyélite de l'os iliaque terminent cette thèse. M.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'antipyrine contre la douleur. — On sait, depuis les travaux de M. le docteur Henri Huchard, que l'antipyrine a une action certaine contre les manifestations fébriles de la phthisie pulmonaire, et qu'elle jouit d'un pouvoir réfrigérant et passager fort utile dans les fièvres et le rhumatisme fébrile.

L'antipyrine n'est pas seulement un puissant antithermique, mais encore un des médicaments les plus actifs contre la douleur. Dans son importante communication à l'Académie des sciences (séance du 18 avril 1877), M. le professeur Germain Sée fait remarquer que, pour se rendre compte des propriétés analgésiques remarquables de l'antipyrine, il suffit de l'employer contre ce genre d'affections rhumatismales ou goutteuses qui ne sont marquées que par l'arthrite douloureuse, ou, mieux encore, aux états nerveux qui ne sont caractérisés que par la douleur. « Or, sur quinze malades affectés de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose, la douleur avec l'engorgement articulaire disparurent en quelques jours, sans récidive, quand on eut le soin de continuer la médication à petite dose pendant une semaine environ.

« Les mêmes effets furent observés dans les accès de goutte aiguë, greffés ou non sur la goutte chronique, avec dépôts uratiques ou tophus, et fixés sur les poignets ou les jointures des membres inférieurs; l'antipyrine, à la dose de 4 à 6 grammes, fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours, sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage. »

Pour faciliter l'emploi de ce nouveau médicament, le docteur Clin a préparé une *Solution* d'un dosage rigoureusement exact, contenant 1 gramme d'antipyrine pure par cuillerée à bouche, et 25 centigrammes par cuillerée à café.

La Solution d'antipyrine du docteur Clin est très bien supportée, même par les malades les plus affaiblis, et, en raison de son goût agréable, elle peut être prise pure, dans un peu d'eau ou dans une infusion aromatique.

C'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit son minimum d'action. M. G. Sée a vu des névralgies faciales, des migraines anciennes et répétées, des céphalées dus à la croissance ou à d'autres causes guéries en quelques heures à l'aide de deux grammes d'antipyrine.

Le savant clinicien cite de nombreuses affections contre lesquelles l'antipyrine produit les plus heureux résultats : névralgies, névrites, lumbagos, etc., enfin des douleurs névro-musculaires dorsales généralisées et des fatigues musculaires douloureuses telles qu'on les observe si souvent chez les individus surmenés ou névropathiques : « Il me reste à mentionner, ajoute-t-il, un dernier groupe de maladies qui, elles aussi, se présentent parfois avec des douleurs vives; je veux parler des maladies de cœur, surtout de l'aorte et des artères coronaires cardiaques, qui se traduisent par des douleurs locales à la pointe ou à la base du cœur, et des irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche; ces manifestations douloureuses, souvent angoissantes, cédèrent rapidement chez six cardio-aortiques et trois anévrysmatiques, sous l'influence répétée de 4 à 5 grammes d'antipyrine, laquelle a d'ailleurs le grand avantage de ne troubler en rien ni la force ni la régularité des battements cardiaques, et peut être continuée longtemps sans aucun inconvénient.

Dans tous ces genres de maladies si diverses, que rien ne rapproche que l'élément douleur, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins, de 6 grammes au plus, qu'on administre à une ou quatre heures d'intervalle, sous forme de Solution.

Les expérimentations physiologiques out confirmé toutes les données de l'observation clinique : suppression de la sensibilité et de l'excitabilité réflexes chez les animaux, suppression de la douleur dans l'organisation malade, sans trouble, ni dans le rythme du cœur, ni dans la force de la circulation.

L'antipyrine peut donc être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur. »

La véritable Solution d'antipyrine du docteur Clin réunit toutes les conditions désirables pour l'emploi de ce médicament.

NOTES & INFORMATIONS

Académie des Sciences. — Dans la séance du lundi 25 juillet 1887, M. Pasteur, invité à prendre place au bureau en qualité de secrétaire perpétuel, adresse à l'Académie les paroles suivantes :

« Mes chers confrères,

« Je suis profondément touché de l'unanimité des suffrages qui m'ont appelé au secrétariat perpétuel. Vous avez donné à cette élection un tel caractère d'intimité, que je voudrais pouvoir adresser à chacun de vous un remerciement personnel.

« Depuis un mois, vous m'avez dissimulé à l'envi les côtés difficiles des fonctions que je reçois aujourd'hui de votre bienveillance. Vous vous êtes efforcés de me persuader qu'il me resterait beaucoup de temps de libre pour le travail de laboratoire. Je ne vous promets pas de ne pas vous prendre au mot le plus souvent possible. J'essaierai ainsi d'être plus à l'Académie que ne me le demandait l'obligeance affectueuse de mon collègue, M. Bertrand.

« Je voudrais désormais consacrer ce qui me reste d'existence en deux parts : l'une, à provoquer des recherches et à former, pour des études dont l'avenir m'apparaît plein de promesses, des élèves dignes de la science française; l'autre, à suivre attentivement les travaux que l'Académie suscite et encourage.

« La seule consolation, quand on commence à sentir ses propres forces décroître, c'est de se dire que l'on peut aider ceux qui nous suivent à faire plus et mieux que nous en marchant les yeux fixés sur les grands horizons que nous n'avons pu qu'entrevoir. »

— Conseil d'hygiène. — *Les eaux de la Vanne.* — Dans la séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Schützenberger a présenté les résultats de l'analyse des eaux de la Vanne. On sait que, pour éviter les infiltrations observées à l'aqueduc d'Arcueil qui conduit l'eau de la Vanne, infiltrations provoquées par le tassement de certaines piles, M. Alphand, pour le consolider, a dû établir une couverture en plomb qui, d'après certains membres du Conseil, pourrait provoquer l'introduction de ce métal dans le liquide et en altérer la pureté.

Deux échantillons ont été prélevés à mi-profondeur de la rivière,

en amont et en aval de la cuvette, puis filtrés et légèrement acidulés à l'acide acétique et saturés par l'hydrogène sulfuré. Il ne s'est produit dans aucun des deux échantillons ni coloration brune ni précipité coloré pouvant accuser la présence de traces de plomb.

Les dépôts formés par concentration ont été traités par un léger excès d'acide acétique étendu, pour décomposer les carbonates insolubles. Après filtration, on a constaté dans le liquide filtré par l'hydrogène sulfuré l'absence de toute trace de plomb, aussi bien pour l'échantillon puisé en amont que pour celui puisé en aval.

Enfin, le résidu non dissous par un léger excès d'acide acétique étendu et qui pouvait retenir du sulfate de plomb mélangé au sulfate de chaux, a été digéré pendant douze heures avec une solution de tartrate d'ammoniaque, qui dissout le sulfate de plomb. Les liquides filtrés après cette digestion n'ont pas fourni de plomb en quantité appréciable.

Comme contre-épreuve, on a ajouté aux liquides et au dépôt qui avaient donné ces résultats négatifs une goutte de solution au dixième d'acétate de plomb, et on a pu constater très nettement, par la coloration brune donnée par l'hydrogène sulfuré, la présence du plomb.

Il résulte de ces observations que le passage de l'eau de la Vanne à travers l'aqueduc modifié par une cuvette en plomb recouverte d'un enduit en ciment n'est pas de nature à altérer sa composition au point de vue de la présence du plomb.

— Conseil supérieur de l'instruction publique. — Hier a eu lieu l'ouverture de la première session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Cette première session a été présidée par M. Spuller, ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, qui a prononcé une courte allocution.

Il a été ensuite procédé à la formation des Commissions et à l'organisation des travaux, dont l'ordre du jour est assez chargé.

Parmi les questions les plus importantes qui viendront en discussion dans les prochaines séances, figure le « Projet de règlement portant revision de régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine. »

— Autriche. — M. le professeur Ludwig, doyen de la Faculté de médecine de Vienne, est élu, par le Comité d'organisation, président du Congrès international d'hygiène et de démographie, en remplacement de M. Schneider, démissionnaire.

— Sur une demande venue de Saint-Pétersbourg, M. le baron de Mohrrenheim, ambassadeur de Russie à Paris, a engagé le docteur Potain à se rendre à Moscou auprès de M. Katkoff. M. Potain a quitté Paris.

— Le choléra en Sicile et dans la Basse-Italie. — Bien que l'épidémie de Catane paraisse en voie de décroissance, le gouvernement italien redouble de précautions et le syndic (maire) de Rocella adresse un appel pressant à la charité publique.

Un arrêté récent du ministre de l'intérieur déclare que les navires ne pourront quitter Catane sans subir avant leur départ une visite médicale. Cette visite est en outre imposée dans les escales où ces navires peuvent prendre des voyageurs entre Messine et Syracuse d'une part, entre Pizzo et Cotrone (Calabre) d'autre part.

Les malades ou les suspects seront immédiatement débarqués et isolés; leurs effets seront désinfectés.

L'état sanitaire continue à être satisfaisant dans l'Italie du Nord, Turin, Gènes, Milan n'ont eu aucun cas suspect de choléra.

Notons cependant en ce qui concerne Milan, qu'une épidémie sérieuse de petite vérole y sévit en ce moment; les médecins de la ville déplorent que l'on n'ait pas pris des mesures hygiéniques suffisamment énergiques pour arrêter cette épidémie.

— La statue de Broca, qui a figuré cette année au Salon de sculpture, a été érigée sur son piédestal, à l'angle du boulevard Saint-Germain et de la rue de l'Ecole-de-Médecine.

La face principale du piédestal porte l'inscription suivante : *Cette statue a été érigée par souscription universelle, sous les auspices de la Société d'anthropologie de Paris, 1887.*

— L'épidémie de suette miliaire qui sévissait depuis plusieurs mois dans le centre de la France peut être considérée aujourd'hui comme terminée.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — La liste de présentation des candidats à la chaire de physiologie, vacante par suite du décès de M. Béclard, a été dressée ainsi qu'il suit : En première ligne, M. Richet; en deuxième ligne, M. Reynier.

— Est et demeure rapporté l'arrêté du 23 juin 1887, qui chargeait M. le docteur Kühn, membre du comité d'organisation de l'exposition de 1889, d'une mission pour étudier, au congrès médical de Washington, les instruments de chirurgie, et notamment ceux qui intéressent l'art dentaire.

— M. Kühn, membre du comité d'organisation de l'exposition de 1889, est chargé d'une mission aux Etats-Unis pour y visiter les écoles dentaires et étudier tout ce qui se rattache à ces établissements.

— M. Paul Aubry, externe des hôpitaux, membre de la Société de géographie commerciale de Paris, est chargé d'une mission en Russie pour y étudier l'organisation des hôpitaux.

— M. le docteur Baratoux (de Paris) est chargé d'une mission au Canada et aux Etats-Unis, en vue d'y étudier l'enseignement de la rhinologie, de l'otologie et des diverses affections du larynx.

— M. le docteur Gréhant, chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physiologie générale de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, est nommé directeur-adjoint dudit laboratoire.

Assistance publique. — *Concours.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes des hôpitaux civils de Paris aura lieu le vendredi 14 octobre 1887, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les élèves externes de 2e et de 3e année sont tous tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être rayés des cadres des hôpitaux de Paris.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert tous les jours (dimanches et fêtes exceptés), de onze heures à trois heures, du lundi 5 septembre au samedi 1er octobre inclusivement.

— L'ouverture du concours pour l'externat des hôpitaux de Paris aura lieu le lundi 17 octobre 1887, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert tous les jours (dimanches et fêtes exceptés), aux mêmes dates et heures que ci-dessus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris

Mme de Hérodinof. Essai sur les myélo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires diffus ou disséminés. — M. Frottier. De l'onyxis septique. — M. Rouxel. Quelques réflexions sur l'application de la chirurgie

conservatrice dans le traitement des fractures ouvertes.—M. Jocqs. Tumeurs du nerf optique.

M. Jourdan. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans les pays chauds. — M. Samson. Quelques paralysies partielles viscérales dans la paralysie générale.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 17 au samedi 23 juillet 1887

Fièvre typhoïde 20.—Variole 8.— Rougeole 16.— Scarlatine 4. — Coqueluche 8.— Dipthérie, croup, 25 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 182.— Autres tuberculoses 25. — Tumeurs : Cancéreuses 38. — Autres 4. — Méningite 42. — Congestion et hémorr. cérébr. 40. — Paralysie 4. — Ramollissement cérébral 4.— Maladies organiques du cœur 53.— Bronchite aiguë 13. — Bronchite chronique 19. — Broncho-pneumonie 16. — Pneumonie 32. — Gastro-entérite : Sein 36. — Biberon 57. — Autres 4.— Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 15. — Sénilité 17. — Suicides 22. — Autres morts violentes 14.— Autres causes de mort 119. —. Causes inconnues 11. — Total de la semaine : 853 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Eléments de médecine suggestive. — Hypnotisme et suggestion. — Faits cliniques, par MM. les docteurs J. Fontan, médecin principal de la marine, professeur à l'Ecole de Toulon, et Ch. Ségard, médecin de première classe, chef de clinique à l'Ecole de Toulon. Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, par le docteur François-Franck, directeur adjoint du laboratoire de physiologie de l'Ecole des Hautes-Etudes, professeur remplaçant au Collège de France, précédées d'une préface du professeur Charcot. Un volume grand in-8 de 560 pages, avec 83 figures — Prix : 12 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8 avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Première session. — Biarritz (1886). — Paris, 1887, Octave Doin, libraire-éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. | N° 32 | 6 AOUT 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Redaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

SUR LE RETOUR IMMÉDIAT DE L'INNERVATION APRÈS LA SUTURE DES NERFS, par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé libre, membre de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir les numéros 30 et 31.

B. *Résultats de la suture secondaire.*

La suture secondaire, qui a pour objet de rétablir la continuité entre les deux bouts d'un nerf cicatrisés isolément, produit des phénomènes qui ne sont pas moins intéressants que ceux de la suture primitive. Comme celle-ci, elle peut ramener presque instantanément, ou très rapidement, l'innervation dans les parties paralysées. Mais les conditions de succès ne sont plus les mêmes : tandis que la suture primitive doit intervenir avant toute dégénérescence du segment périphérique, la suture secondaire ne saurait réussir que dans les cas où le segment périphérique s'est complètement régénéré.

Les discussions qui se sont élevées entre les physiologistes, et aussi entre les chirurgiens, à propos des résultats de la suture secondaire chez l'homme, montrent combien cette question est encore obscure.

La plupart des auteurs se basent sur la loi de Waller et sur des examens microscopiques, évidemment incomplets, pour affirmer que le segment périphérique, qui a définitivement perdu ses connexions avec le segment central, ne se régénère jamais. Pour eux, le segment périphérique n'est plus qu'un cordon fibreux, sans éléments nerveux définis, incapable de recouvrer son innervation. Et, quand on leur prouve que ce cordon inerte se met cependant à fonctionner dès qu'on l'a réuni à son bout central, ils ne voient dans ce phénomène paradoxal qu'un effet de la sensibilité suppléée et récurrente.

D'autres attribuent le retour de la sensibilité à l'excitation des propriétés nerveuses jusque-là latentes dans les parties anesthésiées, excitation produite par l'opération de la suture. Les propriétés nerveuses une fois réveillées, les impressions sensitives seraient transmises aux centres par les fibres anastomotiques et récurrentes qui aboutissent aux nerfs collatéraux restés intacts. M. Brown-Séquard est le promoteur de cette théorie, à laquelle il a donné le nom de « dynamogénie ». La propriété dynamogénique des nerfs, soutenue récemment encore à la Société de chirurgie par M. Quénu (8 juin 1887), ressemble beaucoup, à mon avis, à la neurilité de Vulpian. L'une comme l'autre suppose des nerfs sains ou régénérés. Nous revenons donc fatalement à la théorie de la régénération du nerf pour expliquer le retour de ses fonctions.

Au lieu de créer des hypothèses, il me paraît plus simple et plus scientifique de s'attacher uniquement aux faits qu'enseigne la physiologie. Rappelons-nous que, par des expériences qui n'ont jamais été démenties, Philippeaux et Vul-

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

I et II. Jetant à pleines mains sa verve scientifique et littéraire sur les terrains les plus délaissés de la foule des médecins, M. le docteur E. Monin, qui avait déjà publié l'an dernier un petit livre très curieux sur un sujet des plus originaux, sur les « odeurs du corps humain » (1), le docteur Monin a abordé un sujet encore plus délicat peut-être au point de vue esthétique. Il a publié un coquet petit volume intitulé : *L'Hygiène de la beauté.* Après le sens de l'odorat, voici le sens de la vue qui se trouve étudié; et le succès vient à ce nouveau travail plus vite encore qu'au premier. En vain l'*Essai sur les odeurs du corps humain* a-t-il plus d'utilité pratique pour le médecin, en vain avait-il été couronné par la Société de médecine pratique. Le sujet était par trop technique, le livre s'adressait trop directement et absolument aux médecins. Il faut bien l'avouer d'ailleurs, si le sens de l'odorat et aussi le sens du goût n'ont point acquis une importance égale à celle de l'ouïe, de la vue et même du toucher, c'est sans doute parce que les sensations gustatives et olfactives pénètrent plus complètement dans notre organisme. Et aussitôt que la sensation est désagréable, instinctivement on cherche à la fuir et à l'oublier. De là une infériorité marquée dans l'éducation de ces deux sens : le goût et l'odorat dont l'esthétique vraie reste encore à créer. L'éducation de la vue est en revanche bien plus avancée et beaucoup plus répandue; aussi un livre sur l'hygiène de la beauté (1) a-t-il une plus vaste portée qu'un volume sur les odeurs. Le titre même pousse au succès; le succès ne s'est pas fait attendre. Et c'est le troisième mille, car on ne parle plus guère par édition, aujourd'hui où tout se se compte, que nous avons sous les yeux. Ce livre, en effet, traite

(1) *Un nouveau chapitre de séméiologie : Essai sur les odeurs du corps humain dans l'état de santé et dans l'état de maladie.* Un vol. in-18. Paris, Georges Carré, éditeur, et à Bruxelles, chez Manceaux.

(1) *L'Hygiène de la beauté; formulaire cosmétique.* Un volume in-18 de XIV-220 pages. Paris, 1887, O. Doin, éditeur.

pian ont prouvé la régénération du bout périphérique des nerfs définitivement séparés de leur tronc central. S'il n'est plus permis d'expliquer cette régénération par autogénèse, le fait en lui-même n'en reste pas moins vrai. Le bout périphérique se régénère. Il se régénère par des filaments nerveux très petits, et même invisibles à l'œil nu, qui rampent dans l'atmosphère celluleuse du nerf sectionné. Ces filaments, rompus ou coupés pendant la blessure expérimentale, se cicatrisent avec le bout périphérique; puis les rares tubes nerveux qu'ils contiennent, se dichotomisant plusieurs fois, assurent la régénération d'un tronçon quelquefois très gros. Les mêmes phénomènes se passent certainement chez l'homme. On en a la preuve évidente, quand on met à nu le bout périphérique d'un nerf pour en faire la suture secondaire : au lieu de trouver un tronçon atrophié, ressemblant à un tractus de tissu cellulaire, on a, au contraire, devant les yeux un cordon volumineux qui a toutes les apparences d'un nerf véritable. En présence de cet aspect normal, ou presque normal, aucun chirurgien ne peut se méprendre sur la réalité de la régénération du segment périphérique.

Malgré sa restauration, le segment périphérique n'est pas en état de transmettre les impressions nerveuses. Tant qu'il reste séparé de son segment central, ses propriétés physiologiques ne sauraient se manifester. Elles n'existent qu'à l'état latent. Pour qu'elles se révèlent, il faut que la continuité du nerf soit rétablie.

Mais, dans le cas d'une section ancienne, il ne suffit pas, pour rétablir la continuité du nerf, de rapprocher ses deux tronçons par une suture, comme on le fait dans le cas d'une section récente. Il faut, préalablement et avant tout, aviver les deux extrémités de ce nerf, afin de mettre en contact direct les tubes nerveux. On voit alors se produire, après la suture secondaire, le même phénomène qu'après la suture primitive, c'est-à-dire la réunion du nerf par première intention et le retour immédiat, ou presque immédiat, de la sensibilité et quelquefois de la motilité.

La suture secondaire doit donner des succès plus fréquents que la suture primitive. En effet, dans la suture secondaire, rien n'impose au chirurgien l'obligation d'agir hâtivement, souvent dans de très mauvaises conditions antiseptiques. Il a devant lui tout le temps nécessaire pour préparer son opération. Il doit même attendre plusieurs mois, afin d'être sûr que la régénération du bout périphérique est bien complète. Passé ce délai, il n'a qu'à faire communiquer les tubes des deux tronçons par une suture antiseptique, pour que le nerf puisse se mettre aussitôt à fonctionner. Ce résultat, que la théorie fait entrevoir, s'est réalisé un assez grand nombre de fois, pour qu'il doive toujours être recherché.

Comme preuves à l'appui de ce que j'avance, je crois devoir citer en abrégé quelques observations déjà connues, et publier *in extenso* un fait qui m'est personnel.

I. Jessop (*Brit. med. Journal*, 2 décembre 1871). — Section du nerf cubital, depuis neuf années, chez une jeune fille de 19 ans. La main était amaigrie ; les muscles du pouce et l'éminence hypothénar étaient atrophiés. La peau du tiers interne de la main était insensible. Jessop mit à nu le nerf cubital, réséqua le tissu interposé entre les deux bouts du nerf et les sutura, directement avec de la soie désinfectée dans l'acide phénique. Réunion par première intention. Pendant trois jours, vives douleurs sur le trajet du cubital. Au huitième jour, la sensibilité revient au côté interne du petit doigt. Les jours suivants, la sensibilité revient dans le territoire du cubital. L'atrophie de la main diminua un peu au bout de plusieurs mois.

II. Langenbeck (*Verhaudlungen der Deutschen Geselschaft für Chirurgie*, p. 106, 1876). — Section du nerf sciatique deux ans et demi auparavant, chez un garçon de 19 ans. Une paralysie complète de la jambe et du pied en était résultée, ainsi qu'une anesthésie de ces parties, à l'exception de la région qui correspond au nerf saphène interne.

Opération avec la bande d'Esmarch. Les deux extrémités du sciatique étaient éloignées de 5 centimètres. L'extrémité centrale, renflée en massue, était épaisse de 2 centimètres ; l'extrémité périphérique était beaucoup plus petite. Avivement des deux bouts et réunion avec trois fils de catgut. Le troisième jour, le malade déclara, sans qu'on le lui demandât, qu'il sentait au niveau des parties de son pied, jadis insensibles. Les jours suivants, il devint évident que la sensibilité était revenue. Le malade distinguait exactement si on le touchait avec le doigt ou avec une épingle, et en quel endroit on le touchait. Plus tard, la sensibilité se reperdit en partie. La motilité ne s'était pas rétablie.

III. Esmarch (*Centralblatt für Chirurgie*, p. 186, 1879). — Blessure du nerf radial au bras par une faux, chez une jeune fille de 17 ans. Paralysie des extenseurs. Anesthésie, sauf en quelques points. Au bout de seize mois, suture indirecte avec trois fils de catgut. Dès le troisième jour, la malade commence à sentir très

d'une multitude de questions qui intéressent un monde tout autre que celui des médecins : femmes, gens obèses, personnes affectées d'éruptions au visage ou perdant leurs dents, sujets atteints ou menacés de calvitie, individus ayant une mauvaise haleine.

M. le docteur Monin a terminé son volume par un formulaire cosmétique. Et tout cela est revêtu d'une forme littéraire assez inusitée dans nos livres spéciaux de médecine pratique ou technique, à telles enseignes que c'est un vrai Parnassien, un pur *gendelettre*, M. Catulle Mendès lui-même, qui a écrit la préface de ce volume. Avis aux gourmets, je veux dire aux gens de goût. Il n'y a rien là d'incohérent, et cependant c'est artistique.

III. M. G.-J. Witkowski vient de publier la deuxième série de l'ouvrage intitulé : Le Mal qu'on a dit des médecins (1). Et en sous-titre, nous lisons : *Auteurs français jusqu'à Molière*. On peut donc croire que l'auteur arrête ses extraits à Molière. Point du tout. Molière passe en entier dans ce volume ; et, bien plus, 21 autres auteurs y passent après lui : depuis Pascal, né un an après Molière, jusqu'à Senecé, qui n'est mort qu'en 1737.

Que de choses toutefois dans ces 360 pages, et comme l'on peut juger, d'après le nombre et la vivacité des attaques qui ont été poussées contre notre corporation, de l'importance et de l'influence de la profession médicale !

En commençant par Froissard et par Ollivier Basselin, en continuant par les farces de Pathelin, par Commines, Marot et Rabelais, jusqu'à Mme de Sévigné, Boileau, Boursault et La Bruyère, combien de noms ne voyons-nous pas se succéder : Noël du Fail, Bernard de Palissy et Ronsard, Henri Estienne et Pasquier, Montaigne, Brantôme, Béroalde de Verville et jusqu'à Descartes, Pellisson et Lafontaine, en passant par maître Adam Billaut, le menuisier poète de Nevers, par d'Assoucy, Scarron, Benserade, Ménage, Chevreau, Rabutin, Tallemant des Réaux et Cyrano de Bergerac. J'en passe, et non des plus mauvais, tels que le cardinal du Perron, Sarrasin, Tabarin et Regnier, Des Marais.

Qu'est-ce à dire, et cette immense levée de boucliers que nous apercevons à travers les âges contre les médecins, ne montre-t-elle pas assez l'attachement du public en général et de chacun en par-

(1) Un volume in-18 de XII-369 pages. — Paris, chez G. Steinheil, éditeur.

finement. Au bout de trois semaines, la sensibilité a presque complètement reparu et la motilité commence à revenir. Au bout de deux mois, l'amélioration disparaît, à cause du développement d'un névrôme dans la cicatrice. Mais ces phénomènes morbides s'amendent, et, en 1879, toutes les fonctions sont redevenues normales.

IV. Holden (*Barthol. hosp. Reports*, t. XVI, p. 84, 1879). — Blessure au-dessus du poignet, chez un homme. Au bout de quelques mois, perte complète de la sensibilité sur le territoire du médian. La main était froide, bleue et brillante, incapable de tout travail. Holden découvre le médian, rapproche et suture ses deux bouts. Seize heures après l'opération, la sensibilité avait complètement reparu dans la main. Quelques jours après, le gonflement et la couleur bleue de la main avaient disparu.

V. Langenbeck (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 8, p. 101, 1880). — Le nerf radial ayant été sectionné à la partie moyenne du bras, chez un homme de 31 ans, les extenseurs de la main furent complètement paralysés. La face dorsale de la main et de l'avant-bras était anesthésiée, mais les limites de l'anesthésie étaient peu nettes. Quatre-vingt-un jours après la blessure, Langenbeck suture les deux bouts, séparés par un intervalle de 2 centimètres et non renflés en massue. Suture de la peau. Drain. Pansement de Lister. Réunion par première intention. Au bout de onze jours, les mouvements spontanés reparaissent dans les extenseurs. Les troubles de la sensibilité ont persisté assez longtemps.

VI. Kraussold (*Centralblatt für Chirurgie*, 1882). — Section du médian, à un travers de doigt au-dessus du poignet, chez un homme de 34 ans. Cicatrisation de la plaie. Consécutivement, troubles de la sensibilité sur le territoire du médian, tels que de profondes piqûres d'épingles ne sont senties que comme un simple contact. Paralysie des muscles de la main innervés par le médian, troubles trophiques.

Deux mois après la blessure, Kraussold va à la recherche des extrémités nerveuses, les avive et les réunit par trois points de suture indirecte, avec fil de catgut et un point avec fil de soie. Pardessus, suture de la peau; pansement antiseptique. Guérison par première intention. Le troisième jour, le malade ressent des sensations anormales dans les parties jusque-là anesthésiées. Le quatrième jour, le malade se plaint, pour la première fois, de sentir la douleur des piqûres. Ses yeux étant fermés, on constate un retard de cinq ou six secondes dans la transmission des impressions. Au bout de quatorze jours, la sensibilité était parfaite sur le territoire du médian. Les contractions des muscles commencèrent à revenir le vingtième jour et se rétablirent complètement.

VII. Holmes (*The Lancet*, 1883). — Blessure du radial au bras, chez un sujet de 30 ans. Paralysie radiale. Sensibilité de la main et des doigts diminuée. Abaissement de la température de cette région. Atrophie du membre. Au bout de cinq mois, suture indirecte du radial avec des fils de soie et de catgut. Le cinquième jour, quelques mouvements spontanés d'extension se manifestent. Mais le rétablissement complet de la motilité mit un an à s'accomplir.

VIII. Zesas (*Wiener medic. Wochenschrift*, n° 47, 1883). — Un adulte s'est fait à la face palmaire de l'avant-bras, au-dessus du poignet droit, une plaie profonde. Griffe cubitale. Anesthésie à la douleur et abolition de la contractilité musculaire dans le domaine du nerf cubital. 164 jours après l'accident, suture secondaire du cubital. Retour de la sensibilité au bout de quatre jours. Au bout de deux mois, la sensibilité est presque normale, et les muscles ne laissent rien à désirer.

IX. Reger (*Berliner klin. Wochenschrift*, 20 mai 1884). — Section du nerf radial à la face externe du bras droit. Impossibilité des mouvements d'extension, de pronation et de supination de la main. Toute la face dorsale de la main et du bras, jusqu'au niveau de la cicatrice, avait perdu la sensibilité et l'excitabilité électrique. L'avant-bras et la main étaient très émaciés. Quatre mois après l'accident, suture secondaire du radial avec catgut. Dès le troisième jour, l'opéré éprouvait de forts picotements et quelques élancements le long de la partie inférieure du membre, et on ne pouvait l'empêcher d'étendre ses doigts. Au bout de quelques semaines, il commençait à écrire.

X. H. Rayner (*Lancet*, 15 mars 1884). — Plaie de la face antérieure du poignet gauche par un éclat de syphon, chez un jeune homme de 15 ans. Cicatrisation en trois semaines. Mais, depuis, atrophie de l'éminence thénar, insensibilité dans la zone du médian. Ce nerf est suturé quatre mois après l'accident. Deux jours après, la sensibilité réapparaissait. Mais il a fallu près d'un an pour recouvrer l'usage parfait de la main.

XI. Tillaux (*Comptes Rendus de l'Académie des sciences*, séance du 9 juin 1884, t. 98, p. 1516). — Une femme, de 32 ans, eut le médian complètement sectionné par une plaie transversale à la face antérieure du poignet droit. On ne pratiqua pas de suture primitive.

La plaie guérit, mais il resta une paralysie absolue de toutes les parties de la main innervées par ce nerf. Au bout de quatre mois, voici ce que révéla une exploration minutieuse et bien des fois répétée : La face palmaire du pouce, de l'index, du médius, de l'éminence thénar, ainsi que la face dorsale des deux dernières pha-

---

ticulier à la santé? Santé et médecins sont incompatibles, tandis que maladie et médecine se rapprochent à tout instant. L'une appelle l'autre, et l'horreur de l'une inspire la critique des actes des médecins qui semblent apparaître au chevet des malades presque en même temps que la maladie. Ne pourrait-on pas trouver là les motifs des attaques que les gens en bonne santé ont dirigé contre les médecins? Cela est pure farfaronnade. On ne critique que ce que l'on redoute, et l'on ne redoute l'approche du médecin que parce qu'il est précédé de la maladie.

Le livre de M. Witkowski présente un grand intérêt. Et cependant nous nous permettrons quelques critiques : Henri Estienne est un nom bien connu des érudits et des simples lettrés par ses publications classiques, par son *Thesaurus græcæ linguæ*, par son *Apologie pour Hérodote*, etc. Pourquoi M. Witkowski l'appelle-t-il Estienne Henri. J'avoue m'être demandé à première vue quel était cet Henri dont on citait de longues pages. Heureusement, j'ai aperçu deux lignes plus bas le nom de l'ouvrage : *Apologie pour Hérodote*. Et cela m'a tout remis en place.

Après Estienne Henri, nous trouvons un autre Estienne, ce n'est pas de Robert Estienne, c'est de Pasquier qu'il s'agit, du célèbre défenseur de l'Université contre les Jésuites, de l'auteur des *Recherches sur la France*. Pourquoi n'avoir pas mis Estienne Pasquier? Et le noble Eustache, pour Eustache Le Noble? Ces choses-là, des vétilles cependant, font mal au cœur des érudits.

Malgré tout, la collection Witkowski est en progrès. L'ordre a fini par s'y produire, non pas toujours parfait, mais réel.

Les compilations s'améliorent. Nous en félicitons l'auteur.

Dr Albertus.

(A suivre.)

Faculté de médecine de Lyon. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1887-88, dans les fonctions de chargés des cours complémentaires ci-après désignés, MM. les agrégés Beauvisage (botanique), Poullet (accouchements).

École de médecine de Marseille. — M. Rietsch, pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences naturelles, suppléant des chaires de physique et de chimie, est nommé professeur de chimie, en remplacement de M. Rousset, décédé.

langes de l'index et du médius, sont totalement insensibles au contact, à la douleur et à la température. L'anesthésie est moins marquée, bien que très manifeste, sur la moitié externe de l'annulaire. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés, et le mouvement d'opposition du pouce est aboli. Des troubles trophiques existent sur l'index et le médius.

Suture directe du médian, après avivement de ses extrémités, avec un crin de Florence. Réunion de la plaie et pansement de Lister.

Dès le deuxième jour, l'opérée accuse des picotements, des élancements sur la face palmaire de l'index et du médius. Le troisième jour, l'index et le médius sentent le contact d'une épingle qu'on promène doucement à leur surface. La sensibilité reparait de plus en plus les jours suivants. Six semaines après l'opération, la sensibilité et les mouvements sont revenus à ce point que la malade travaille à l'aiguille et au crochet. Les troubles trophiques ont disparu.

XII. Tillaux (*loc. cit.*, 1884). — Plaie profonde à la face antérieure du poignet, chez une femme de 28 ans, quatorze ans auparavant. Symptômes de la section du médian. Suture du médian. Dès le lendemain, l'opérée s'aperçoit que ses doigts ne sont plus insensibles. Les jours suivants, on peut constater que la sensibilité à la douleur, au toucher et à la température, est complètement rétablie. La motilité s'est aussi améliorée, malgré l'atrophie de l'éminence thénar, qui diminua sous l'influence de l'électricité.

XIII. Shepherd (*Med. Chir. Soc. of Montréal*, 3 déc. 1886). — Section du nerf cubital dans une plaie du coude par une hache, chez un homme de 50 ans. Atrophie consécutive des muscles. Anesthésie complète sur le territoire d'innervation du cubital. Dix semaines après l'accident, suture des deux bouts du nerf avec un fil de catgut, après avivement. Dès le lendemain, sensibilité revenue au quatrième et au cinquième doigts. Le malade a comme la sensation des doigts engourdis. Retour ultérieur des mouvements, mais persistance, six mois plus tard, d'une sensation de brulûre au petit doigt.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Pustule maligne, traitée et guérie par les injections iodées, sans cautérisation, par M. F. Rollin, interne des hôpitaux.

Le 2 juin 1887 entrait dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Guyon, salle Saint-André; no 20, le jeune Octave B..., âgé de 16 ans, garçon boucher, qui nous donnait les renseignements suivants :

Le samedi 28 mai, il ressentit au cou, du côté droit, une démangeaison assez vive et remarqua au même point une petite saillie assez dure, qu'il écorcha par le grattage; et ce fut tout ce qui attira l'attention du malade ce jour-là et aussi le lendemain. Mais le lundi 30 mai, il se sentit pris d'un malaise général vague ; il ne mangea pas et eut quelques nausées. Il se coucha de bonne heure. Mais la fièvre le prit, et la nuit fut très mauvaise.

A ce moment, la tuméfaction du cou avait acquis le volume d'une noisette et les mouvements étaient un peu gênés. Le lendemain matin, 31 mai, le malade remarqua au même point une *tache noire et tout autour un cercle blanchâtre*. Obligé de faire une course, car il n'avait pas cessé son travail, il se trouva tout à coup beaucoup plus souffrant et vomit de la bile par deux fois et en grande abondance.

Au retour, il se coucha immédiatement, se sentant pris d'un grand malaise. A ce moment, toute la région sous-maxillaire était tuméfiée, mais n'était d'ailleurs le siége d'aucune douleur ni d'élancements.

Le mercredi matin, 1er juin, il alla chez un pharmacien qui lui conseilla d'aller trouver un médecin, car il avait, lui dit-il « *un clou qui n'était pas ordinaire* ».

Toutefois, il attendit encore, et ce n'est que le jeudi soir qu'il vint à Necker, pouvant à peine se tenir debout. Il fut reçu immédiatement. Nous constatons alors les signes suivants :

Du côté droit, les régions parotidienne et sous-maxillaire sont le siége d'un empâtement dur, avec rougeur de la peau. Le gonflement diffus atteint en haut l'oreille, dépasse la branche du maxillaire inférieur et s'avance sur la joue, descend dans la région sus-claviculaire et gagne la ligne médiane du cou.

Au centre de la zone enflammée se trouve une eschare noire, sèche, insensible, ovoïde, à grand axe horizontal, à deux centimètres en arrière de l'angle du maxillaire; et, autour de l'eschare, un cercle blanchâtre très étroit, formé de pailletes épidermiques en desquamation, représentant nettement la collerette de vésicules caractéristique.

La palpation ne détermine que peu ou pas de douleur, sauf au-dessous du maxillaire, dans la région précise de la glande sous-maxillaire. On ne sent pas de ganglions engorgés, mais la douleur au point indiqué nous donne à penser qu'il en existe là, sans qu'on puisse les apprécier au doigt, en raison du gonflement. Le malade ouvre la bouche sans difficulté; les mouvements du cou sont à peine gênés et la région malade n'est le siége d'aucune douleur spontanée.

A ces signes locaux s'ajoute un état général évidemment grave. La peau est chaude, couverte de sueurs, le pouls est rapide et fort; la *température atteint 40°,2*, et il existe une certaine excitation intellectuelle et une céphalalgie assez intense.

Le diagnostic était évident. Tous ceux qui virent le malade au moment de son entrée le portèrent sans hésitation, et le lendemain matin, M. Bazy, qui remplaçait alors M. le professeur Guyon, le confirma pleinement.

Nous étions en face d'une pustule maligne, au sixième jour de son évolution. Déjà la période des accidents locaux était dépassée, déjà l'infection générale avait commencé. Quelque grand que fut notre désir d'en avoir la confirmation expérimentale par des inoculations, les conditions matérielles de l'expérience nous manquant à ce moment, il nous parut absolument nécessaire de ne pas attendre au lendemain, car le cas était évidemment grave. Cinq injections interstitielles de teinture d'iode iodurée au tiers furent immédiatement pratiquées : l'une au centre même de l'escbare; les autres aux quatre points cardinaux. La quantité totale de teinture d'iode injectée fut de 1,5 centimètre cube (une seringue et demie de Pravaz). La douleur causée par les injections fut relativement peu vive et dura quelques minutes. Un pansement au sublimé fut appliqué sur le cou et de l'alcool administré au malade.

La nuit fut calme; le malade ne se réveilla qu'une fois.

Le lendemain matin (3 juin), l'état général est bien meilleur, l'intelligence est nette et le malade accuse un grand soulagement. La température est à 38°,6.

Localement, on ne constate aucune modification, à part une légère ecchymose au niveau d'une des injections; l'empâtement et la zone inflammatoire n'ont toutefois pas augmenté. M. Bazy fait faire quatre nouvelles injections iodées à la périphérie de l'aréole inflammatoire; l'une d'elles cause une douleur assez vive.

La journée est bonne. Le malaise général a presque entièrement disparu. L'état local reste le même : la température est à 39° et le pouls à 80.

Les urines, traitées par l'acide chlorhydrique et l'empois d'amidon, donnent la coloration bleue caractéristique de la présence de l'iode.

Le lendemain (4 juin), l'amélioration est complète. L'empâtement est moins diffus que la veille, et il n'existe qu'une légère douleur à la pression. *La température a fait une chute brusque de 39° à*

37°,2. A partir de ce jour, elle reste normale, sans dépasser 37°,4.

Le 7 juin, l'eschare, qui offre les dimensions d'une pièce de cinq centimes, est déjà entourée d'un cercle d'élimination. Il n'y a aucune réaction inflammatoire, aucune douleur. Le 27 juin, l'eschare est entièrement détachée, et, dans les premiers jours de juillet, la guérison est à peu près complète.

Nous devons ajouter que, avec l'aimable concours de M. le docteur de Gennes, chef de laboratoire à l'hôpital Necker, nous avons tenté des inoculations et des cultures.

Les unes et les autres sont restées négatives. La seule raison qu'on en puisse donner est l'époque tardive à laquelle elles purent seulement être pratiquées, vingt heures après les injections iodées. Si nous insistons sur ce fait, c'est qu'on voudrait peut-être arguer de cet insuccès contre l'exactitude du diagnostic. Ce serait à tort, suivant nous, car s'il est certaines maladies infectieuses dont le diagnostic ne peut être basé que sur les résultats de l'inoculation, la pustule maligne possède des traits assez caractéristiques pour être reconnue et affirmée cliniquement.

Ce fait nous semble donc présenter quelque intérêt au point de vue de la valeur des injections iodées dans le traitement du charbon, et cela surtout parce que l'iode a été employé seul, à l'exclusion de toute cautérisation. Il est certain de plus que le cas était fort grave ; l'infection générale nous paraît en effet prouvée par l'élévation de la température et l'ensemble des signes généraux. Telle est l'opinion qu'exprimait, avec quelque réserve, M. le professeur Richet (1) dans une communication à l'Académie des sciences à propos d'un cas qui offre avec celui que nous venons de rapporter une identité presque absolue. Chez ces deux malades, la marche de l'affection a été identique ; dès le moment où la première injection iodée a été faite, les courbes thermiques pourraient être absolument superposées : le malade de M. Richet a présenté successivement les températures 39°9, 38°4, 37, et celui que nous avons observé dans le service de notre maître M. Guyon : 40°2, 38°6, 37°2.

Dans les deux cas, l'élévation de la température a été considérable et la défervescence a été brusque et complète en trente-six heures. Si, d'un autre côté, on veut bien remarquer l'absence de fièvre dans certains cas de pustule maligne guéris spontanément, en particulier dans le cas de M. Reclus (2), où la température ne dépassa pas 37°4, on sera logiquement amené à conclure que l'hyperthermie est l'indice de l'inondation bactéridienne générale, le signal que la digue ganglionnaire est débordée. La production des bactéries dans le foyer local n'est-elle pas entravée, l'infection générale éclate, annihile-t-on la source infectieuse par l'injection antiseptique, l'économie est préservée. Et quant aux agents infectieux, qui déjà ont été entraînés dans le sang, l'iode les y poursuit et rend leur pullulation impossible. Davaine (3) a démontré en effet que l'iode ioduré à 1/170,000 (1 milligramme pour 170 grammes) détruit la bactéridie charbonneuse. Aussi tous les auteurs sont-ils d'accord pour donner, lors d'infection générale, l'iode à l'intérieur. Chipault, d'Orléans (4), Verneuil (5), Richet (6), le conseillent. Mais, à ce point de vue, il

(1) A. Richet. COMPTES RENDUS ACAD. SCIENCES, 1883, p. 1117-1119.
(2) Reclus. BULL. SOCIÉTÉ CHIRURGIE, 1883, p. 517.
(3) Davaine. BULL. ACAD. DE MÉDECINE, 1880, p. 757-781.
(4) Chipault. BULL. ACAD. DE MÉDECINE, 1880, p. 42.
(5) Verneuil. BULL. ACAD. DE MÉDECINE, 1881, p. 182-194.
(6) Richet. *Loco citato*.

est bon de noter que le meilleur mode d'absorption, le plus sûr comme le plus rapide, est encore le mode des injections sous-cutanées. On fait ainsi tout à la fois une médication générale en même temps qu'un traitement local ; la présence de l'iode dans les urines un temps très court après l'injection le prouve d'une façon indubitable.

L'issue heureuse de ce cas de pustule maligne semble donc bien légitimement devoir être rapportée à l'action spécifique de l'iode sur la bactéridie charbonneuse ; néanmoins, pour apprécier à sa juste valeur le traitement employé, nous ne devons pas oublier que notre malade était un jeune garçon de 16 ans, remarquablement vigoureux pour son âge et que, par suite, nous avions dans la lutte un allié puissant, le terrain. La pustule maligne serait en effet moins grave chez les jeunes sujets, d'après quelques auteurs (Després) (1).

Il est encore un point que nous voulons signaler. Nous avons dit que nous n'avions pu trouver de ganglions nettement appréciables dans la région sous-maxillaire, mais que néanmoins nous soupçonnions leur présence ; or, dans une discussion à la Société de chirurgie, M. Després (2) signalait l'adénite comme devant faire rejeter le diagnostic de pustule maligne. MM. Reclus et Championnière s'élevaient d'ailleurs contre cette opinion, et nous croyons que les expériences de M. Colin, d'Alfort (3) sont absolument contraires à la thèse de M. Després : cet expérimentateur a montré, en effet, que les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du point inoculé sont rapidement engorgés et doués de virulence bien avant le sang, la rate et les autres organes.

En résumé, la méthode des injections iodées, instituée réellement par Davaine (4), malgré les réclamations de M. Boinet (5), offre tous les avantages et aucun des inconvénients des méthodes rivales. Par la facilité de son exécution, par la rapidité et la sécurité de son action, elle se place au-dessus de *l'excision*, qui nécessite des délabrements considérables, des *incisions* et *cautérisations* qui, pour être efficaces, doivent être profondes et sont souvent, de l'aveu même de leurs partisans, lentes à agir (Després) (6). Enfin, les autres méthodes analogues (acide phénique, acide salicylique), si elles peuvent avoir la même efficacité, ne peuvent cependant entrer en parallèle à cause des dangers possibles de leur emploi.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le Salol et le Naphtalol.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Phthisie pulmonaire. — M. GEORGI a employé le salol chez quelques phthisiques, dans l'unique but d'agir sur la fièvre. Il affirme que le médicament a été bien supporté et que l'effet antipyrétique a été obtenu. Une influence de la médication sur

(1) Després. BULL. ET MÉMOIRES DE LA SOC. DE CHIRURGIE, 1883, p. 517-527.
(2) Després (*loco citato*).
(3) Colin-V. Straus. *Leçons sur le charbon*. PROGRÈS MÉDICAL, 1886-1887.
(4) Davaine (*loco citato*).
(5) Boinet. BULL. ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 1881, t. VII, p. 213-219.
(6) Després (*loco citato*).

le processus local est très problématique, ajoute M. Georgi; d'ailleurs le salol n'a jamais été administré pendant plus de huit jours consécutifs, période de temps trop courte pour qu'une influence curative, si elle existait réellement, pût devenir apparente. M. Georgi fait aussi cette réflexion, que l'introduction à hautes doses dans l'organisme du tuberculeux de deux agents parasiticides aussi énergiques que l'acide salicylique et de l'acide phénique ne saurait être, *à priori*, chose absolument indifférente pour l'évolution de la tuberculose, du moins quand la maladie est à ses débuts. Or, presque tous les cliniciens sont aujourd'hui d'accord pour proclamer l'impuissance des tentatives de médication parasiticide dirigées contre la tuberculose.

M. Georgi ajoute que chez les phthisiques, le salol lui paraît surtout appelé à rendre de bons services pour détruire sur place le virus tuberculeux qui pénètre dans l'intestin. Mais, somme toute, les résultats qu'il a obtenus sont loin d'être encourageants. De 4 malades traités par le salol, 2 sont morts, et un troisième s'est refusé à poursuivre l'expérience.

D'après M. Sahli, il faut débuter par des doses faibles, 0 gr. 50, quand on s'aventure à prescrire le salol à des phthisiques.

Fièvre typhoïde.— M. Herrlich a expérimenté le salol dans huit cas de fièvre typhoïde. Ce médicament est, d'après lui, beaucoup moins bien supporté par les rhumatisants, et la tolérance est d'autant moindre que la maladie est plus avancée et présente des symptômes plus graves. Les phénomènes d'intolérance consistent surtout en accidents gastriques. Il a été impossible de constater une influence bien réelle de la médication sur le processus local; les évacuations diarrhéiques n'ont pas diminué de fréquence, la putrescence des matières n'a pas été amoindrie. L'effet antipyrétique a été constant, mais d'intensité moyenne, ce qui est presque un avantage, car il n'y a jamais eu d'accidents d'algidité à déplorer.

M. P. Guttmann, en parlant des essais qu'il a faits avec le salol dans le traitement de la fièvre typhoïde, s'est borné à dire que les abaissements de température obtenus avaient été peu considérables, et qu'une influence autre sur l'évolution de la maladie n'a pas été constatée.

M. Georgi mentionne un seul cas de fièvre typhoïde dans lequel il a eu recours à l'emploi du salol; il croit avoir obtenu de bons résultats.

Autres maladies fébriles et infectieuses. — M. P. Guttmann a employé le salol dans des cas d'érysipèle, sans obtenir d'autres effets que des abaissements de température peu considérables. Herlich a eu recours au salol dans deux cas d'endocardite ulcéreuse, dans quelques cas de fièvre puerpérale à marche lente, dans trois cas de pneumonie; le silence qu'il garde sur les résultats obtenus ne saurait évidemment être interprété que dans le sens de l'insuccès. Quelques cas d'angine et de diphthérie bénignes, traités par le salol, se sont terminés par la guérison. Il n'en a pas été de même d'un cas de diphthérie grave, qui paraissait de prime abord réaliser les indications les plus satisfaisantes pour l'emploi du salol; il y avait de la fièvre et de la diarrhée, de telle sorte que l'affection en imposa pendant quelque temps pour une dothiénentérie. Le salol fut impuissant à modifier l'état général, la lésion pharyngée et la diarrhée infectieuse. La malade, une robuste servante, succomba dans le collapsus.

Catarrhe gastro-duodénal. — Ictère. — D'après ce qui a été dit du dédoublement du salol en acide salicylique et en acide phénique, qui s'opère dans l'intestin, on devait s'attendre à voir proclamer en première ligne l'efficacité du salol dans le traitement des catarrhes intestinaux d'origine infectieuse. Il n'en est rien. M. Sahli s'en est tenu sur ce point à de simples espérances, à l'appui desquelles il a fait valoir ce fait, d'ordre expérimental, qu'un mélange de 20 parties de viande hachée, et de 1 ou 2 parties de salol en poudre, introduit dans un four à incubation, restait pendant un temps illimité à l'abri de la putréfaction. M. Georgi insiste sur la tolérance dont les premières voies font preuve, pour le salol. Il mentionne ensuite un cas d'ictère, à étiologie obscure, compliqué de mouvements de fièvre (39o,7) et qui durait depuis des semaines. Le salol fut prescrit à titre d'antipyrétique. La fièvre tomba; en même temps, la teinte ictérique de la peau se mit à disparaître en très peu de temps.

C'est tout ce que nous avons pu découvrir de renseignements sur l'emploi du salol dans le traitement des affections du tractus gastro-intestinal et de ses annexes.

Affections de la bouche et des fosses nasales. — M. Georgi vante l'emploi du salol pour détruire la fétidité de l'haleine, chez des sujets affectés de maladies diverses, principalement chez les typhiques et les tuberculeux. Il prescrit en pareils cas, une mixture contenant, pour 200 grammes d'eau distillée, 8 ou 10 c.c. d'une solution alcoolique de salol à 4 ou 5 p. 100.

Le même traitement a été employé dans un cas de stomatite mercurielle; guérison en l'espace de sept jours.

Dans un cas d'ozène, de cause inconnue, avec hypertrophie considérable des parties qui délimitent la région postérieure des fosses nasales et de l'espace rétro-pharyngé, des insufflations faites avec un mélange de salol et de talc (parties égales) ont fait disparaître rapidement la mauvaise odeur.

M. Sahli signale également le bon parti qu'il a tiré de l'emploi du salol comme désodorisant, dans des cas d'ozène; il ajoute qu'il prescrit une solution de salol (3 parties) dans de l'eau de Botot (100 parties) pour les soins de la bouche.

Affections des voies génito-urinaires.—M. Georgi et M. Feilchenfeld ont employé le salol, administré à l'intérieur, dans des cas de cystite et de pyélite. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants. Sous l'influence de la médication, l'urine prenait bientôt une réaction alcaline et perdait son odeur ammoniacale; dose quotidienne : 2 à 3 grammes par jour. Quand l'urine était fortement purulente, il fallait pousser à des doses plus fortes, 3 à 6 grammes, pour obtenir une diminution du nombre des globules de pus charriés par cette humeur; en même temps se dissipaient les douleurs vésicales et le ténesme. Par contre, les innombrables micro-organismes en suspension dans l'urine conservaient toute leur vitalité, même quand ce liquide avait acquis une réaction alcaline très forte.

M. Georgi a fait observer qu'il serait peut-être dangereux de faire servir le salol à des lavages de la vessie, car en se précipitant du liquide qui le tient en dissolution, sous forme de fragments relativement gros, il pourrait servir de point d'appel à l'acide urique, pour former des concrétions.

Le même auteur a employé avec succès le salol en solution alcoolique, pour irrigations vaginales, chez des femmes affectées d'une leucorrhée fétide, et dans un cas de lochies fétides, avec métrorrhagies tenaces, à la suite d'un avortement.

On a également proposé de recourir à des injections uréthrales de salol, dans les cas de blennorrhagie chez l'homme.

Ulcères syphilitiques et autres. — M. Sahli affirme que des ulcérations chancreuses (chancres simples et chancres syphilitiques) saupoudrées avec du salol plusieurs fois par jour, se sont cicatrisées avec une rapidité peu commune.

M. Feilchenfeld a fait la même remarque, à propos d'un cas d'ulcération chancreuse et des ulcères sordides de la cuisse.

Intoxication consécutive à l'emploi du salol. — D'après M. Herrlich, le salol n'est pas, d'une façon générale, aussi bien toléré que l'ont prétendu M. Sahli et d'autres médecins. M. Herrlich insiste surtout sur la fréquence relativement grande et le côté fâcheux des accidents gastriques. Enfin, il relate un cas d'intoxication (phéniquée) survenue chez une femme, affectée d'un rhumatisme articulaire chronique, et à laquelle on fit prendre en l'espace de trois jours 24 grammes de salol, dont 10 grammes le troisième jour. La malade fut prise subitement de vomissements très tenaces, qui persistèrent pendant plusieurs jours, accompagnés d'une anorexie invincible, d'une dépression générale, de dysurie, de strangurie. L'urine émise contenait une grande quantité de phénol. Preuve qu'il s'agissait d'une intoxication phéniquée.

Les mêmes troubles vésicaux sont survenus chez un autre malade traité par le salol, et forcèrent à suspendre la médication.

Le NAPHTALOL est un produit analogue au salol, quant à sa composition; c'est une combinaison d'acide salicylique et de naphtol B; or, ce dernier est très peu toxique, contrairement à ce qui a lieu pour le phénol. C'est en considération des accidents d'intolérance, imputés en dernier lieu à l'emploi thérapeutique du salol, que M. Kobert a eu l'idée de lui substituer le naphtalol.

Le naphtalol est insoluble dans l'eau et dans le suc gastrique; il est insipide. Il est rapidement décomposé par les ferments que sécrète la muqueuse intestinale dans les circonstances physiologiques. Ce dédoublement s'opère également à la surface de la muqueuse du cœcum et de la partie adjacente du gros intestin, d'après les expériences faites par Kobert sur des animaux. A la dose de 1 gr. 2 à 2 gr., répartie entre quatre prises, le naphtalol, administré à des sujets de notre espèce, n'a occasionné ni troubles gastriques ni bourdonnements d'oreille. L'expérience a pu être prolongée pendant des semaines, sans qu'il en résultat la moindre incommodité pour les personnes qui s'y étaient soumises. Des doses plus fortes ont été données à des animaux, qui n'en ont pas été incommodés.

M. Kobert ajoute qu'administré dans des cas de catarrhe de la vessie, et notamment dans des cas de cystite blennorrhagique avec fermentation alcaline, le naphtalol a manifesté une efficacité au moins égale à celle des autres médicaments communément usités; que, dans des cas de rhumatisme articulaire aigu, le naphtalol a été mieux supporté que le salol et a donné des résultats aussi satisfaisants.

Conclusions. — Le salol n'offre aucune supériorité sur l'acide salicylique et l'antipyrine, dans le traitement du rhumatisme aigu et des autres affections rhumatismales. C'est un antipyrétique de valeur assez médiocre. Son pouvoir antiseptique n'a rien d'extraordinaire. — La supériorité du naphtalol sur le salol est encore à démontrer.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES OVAIRES, par M. T. GALLARD. — J.-B. Baillière, 1886.

Sous le nom de maladies des ovaires, l'auteur a abordé dans ce volume la plupart des sujets concernant les maladies des femmes. C'est ainsi que nous y trouvons traités l'hématocèle, le phlegmon péri-utérin, la péritonite pelvienne.

M. Gallard a donné à son livre la forme de leçons, qu'il a divisées en 13 chapitres. Dans les deux premiers, consacrés à l'hématocèle péri-utérine, l'auteur passe en revue les diverses théories qui ont été émises sur la nature et la pathogénie de cette affection. Parmi les causes des hémorrhagies intra-pelviennes, c'est à la ponte extra-utérine qu'on doit, d'après lui, attribuer la plus grande importance. Il cite un certain nombre d'observations à l'appui de son opinion. Au point de vue thérapeutique, il considère le traitement médical comme étant le plus souvent indiqué. L'intervention chirurgicale, sous forme de ponction avec un trocart de gros calibre, ne doit être conseillée que dans des cas exceptionnels.

Les chapitres III et IV traitent de l'ovarite et des différentes formes de cette affection, à laquelle M. Gallard attachait une grande importance.

Dans le chapitre V, relatif au phlegmon péri-utérin, nous trouvons résumée une série de faits démontrant que les lésions inflammatoires peuvent se localiser dans le tissu conjonctif qui entoure l'utérus. Les discussions soulevées par ce point de pathologie, quoique déjà un peu anciennes et jugées depuis longtemps, sont exposées en détail dans ces pages.

Les chapitres VI et VII sur la péritonite pelvienne se terminent par une analyse des moyens thérapeutiques à apposer aux différentes variétés d'inflammations péri-utérines, ovarite, phlegmon, pelvi-péritonite.

On est surpris en lisant ce qui est relatif aux accidents consécutifs au cathétérisme utérin de ne rien trouver qui rappelle l'importance des précautions antiseptiques en pareil cas.

A propos de l'ovariologie, qui fait le sujet du chapitre VIII, l'auteur expose les avantages et les inconvénients de la compression de l'ovaire, en décrit les divers appareils construits pour cet usage. Il s'élève avec raison contre l'abus de la castration (opération de Battey) dans les cas de névralgie ovarienne.

Dans le chapitre IX, M. Gallard s'occupe des paralysies considérées comme consécutives aux lésions des organes génitaux. Les accidents observés en pareille circonstance sont souvent dus à l'hystérie. Mais il n'y a pas de paralysies essentielles ou fonctionnelles ayant pour origine une maladie du système génital interne.

Le chapitre X, hernies et déplacements de l'ovaire, ne contient rien de nouveau ni d'original. Les déplacements de ces organes ne présentent d'autre importance que celle des lésions qui les occasionnent ou les accompagnent.

Les trois derniers chapitres qui terminent les leçons sur les maladies des ovaires sont consacrés aux tumeurs ovariennes et à leur traitement chirurgical, qui se résume de plus en plus dans l'ovariotomie.

On peut reprocher à l'auteur du livre que nous venons d'analyser d'avoir abusé des théories et d'avoir fait la part trop

large aux hypothèses. En outre, il ne paraît pas suffisamment au courant des travaux étrangers publiés dans ces dernières années. Néanmoins, les praticiens trouveront dans ces leçons sur la pathologie des ovaires de nombreuses indications cliniques, qui en rendent la lecture utile et intéressante.

De Sinéty.

REVUE DES THÈSES

Fièvres traumatiques et épitraumatiques, par M. A. Isnard. Thèse de doctorat. Paris, 1886.

L'auteur adopte la classification étiologique des fièvres chirurgicales, défendue par Verneuil, et étudie la fièvre traumatique et la fièvre épitraumatique.

La fièvre traumatique se définirait : fièvre succédant à un trauma, grave ou pas grave, précoce ou tardive, non constante, d'origine septique (hectique, purulente, cavitaire, etc).

Le second groupe, très riche, comprend les fièvres épitraumatiques qu'on distingue suivant que : 1o elles proviennent du terrain de l'individu, ou fièvres rappelées ou provoquées (alcool, syphilis, paludisme, goutte, etc.); 2o elles naissent par inflammation, soit de l'organe lésé, soit des organes voisins ou éloignés (méningite, érysipèle, adénite); 3o elles se développent par suite du milieu malade (fièvre typhoïde, variole, etc.)

De la médication intestinale antiseptique par l'eau sulfo-carbonée, par M. L. Morisse. — Thèse de doctorat. Paris, 1886.

« Si la médication intestinale antiseptique inaugurée par M. le professeur Bouchard est excellente, la médication carbo-iodoformée n'est pas irréprochable ; le mode d'administration est difficile ; l'antiseptique ne peut être employé qu'à une dose insuffisante pour remplir son rôle. La dose à administrer ne peut être graduée sur l'évolution, la gravité et les complications de la maladie, car elle est égale pour tous les cas.

Et l'auteur propose comme antiseptique à utiliser l'eau sulfo-carbonée qui, dans la pratique de M. Dujardin-Beaumetz, a donné des résultats extrêmement brillants : 41 fièvres typhoïdes ainsi traitées ont donné 3 morts par « *congestion pulmonaire considérable* ».

On prend :

Sulfure de carbone pur......	25 grammes.
Eau......................	500 —
Essence de menthe.........	XXX gouttes.

On agite et on donne par jour 8 à 12 cuillerées à bouche de cette eau, soit pure, soit dans du lait ou de l'eau rougie. On a soin de remplacer l'eau dans la bouteille à mesure qu'on en prend.

Comme avantages immédiats, on peut donner cette eau à doses presque illimités, graduée selon l'effet qu'on veut obtenir.

A dose élevés, plus de 500 grammes, elle n'a jamais produit chez l'homme d'accidents toxiques, et le malade l'avale sans difficulté.

Agent très actif, elle détruit l'odeur et la putridité des garde-robes en même temps que les éléments contagieux de la fièvre typhoïde.

Les propriétés de l'eau sulfo-carbonée, dont les résultats ont été si beaux dans la fièvre typhoïde, sont applicables aux dilatations de l'estomac avec dyspepsie putride, à la dysentérie essentielle des pays chauds, à la diarrhée de Cochinchine, etc., etc.

De la valeur de la désarticulation du genou, par M. L. Duriez. — Thèse de doctorat. Paris, 1886.

L'auteur essaye de réhabiliter la désarticulation du genou, trop sévèrement jugée, et, comme le faisait M. Delorme en 1878, impute les accidents qui ont fait rejeter cette opération « soit à des fautes opératoires, soit à des irrégularités dans le pansement, soit aux conditions défavorables dans lesquelles se trouvaient les blessés qui ont subi cette opération ».

Quels sont les reproches formulés, quelle en est la valeur ?

La mortalité ? Mais depuis l'antisepsie elle a considérablement baissé, diminuera encore, et, pour Ashkurst, tout le milieu entre les amputations de la jambe et de la cuisse : 33 morts % pour amputations de jambe ; 47,7 0/0 pour des articulations ; 60,5 0/0 pour amputations de cuisse.

Les hémorrhagies ? La gangrène de la manchette, les phlegmons de la face antérieure de la cuisse, et par suite un moignon affilé avec cicatrices minces et douloureuses ? Mais ce sont des reproches non fondés ; ces accidents sont imputables à l'opérateur, par faute opératoire ou pansement imparfait.

Le moignon est excellent. Il présente une large surface permettant un appui non douloureux ; les parties molles restent mobiles et glissent sur le cartilage. Du reste, si le malade ne peut se porter sur son moignon, il pourra avoir un appareil d'amputé de cuisse : il y aura seulement gagné un bras de levier plus long et plus puissant.

Si maintenant on compare le moignon de la désarticulation pure à celui que donnent les amputations ostéoplastiques de Gritti et de Stokes, l'avantage reste au premier.

L'amputation de cuisse n'est point préférable ; elle ouvre le canal médullaire, ce qui expose aux nécroses consécutives. Souvent l'extrémité osseuse se couvre d'aspérités, d'épines osseuses ; enfin le moignon ne peut jamais souffrir l'appui direct sur l'appareil prothétique. Le moignon de la désarticulation est encore ici supérieur à celui de l'amputation de la cuisse.

L'auteur rapporte un cas inédit de désarticulation du genou, pratiquée par M. Duplay, et dont les résultats sont excellents.

Mais pourquoi M. Duriez n'a-t-il pas parlé de la modification opératoire proposée par Brisston : laisser les cartilages semi-lunaires en place ? Bryant, dont une statistique est rapportée dans cette thèse, l'a cependant mise en pratique bien des fois et s'en déclare chaud partisan (Royal Soc. London, 8 décembre 1885).

Maubrac.

Du suicide dans le délire ou folie des persécutions, par le docteur Abel Meilhon. — Thèse de Bordeaux, 1886.

C'est à tort que la plupart des auteurs admettent la fréquence du suicide dans le délire des persécutions. Le persécuté tue fréquemment, mais se tue rarement. Si une telle erreur clinique est devenue courante, c'est qu'on a, dans bien des cas, confondu sous le nom de délire de persécutions toutes les variétés de folie présentant des idées de persécution et en particulier certains cas de mélancolie délirante. Un diagnostic

clinique précis conduit à une plus juste appréciation des faits. C'est à ce sujet intéressant, au point de vue scientifique et pratique, que M. Meilhon a consacré sa courte mais excellente thèse. Voici les conclusions de son travail :

1o On a confondu sous le nom de délire des persécutions des formes d'aliénation mentale n'ayant entre elles que des rapports très éloignés ;

2o Le délire des persécutions peut s'observer dans toutes les formes d'aliénation; il n'est donc, d'une manière absolue, caractéristique d'aucune espèce de folie ;

3o Mais il en est une dans laquelle il revêt des caractères spéciaux et s'accompagne d'un cortège de symptômes qui en font une affection à part dans la pathologie mentale. Cette folie partielle, systématisée, peut être désignée avec avantage sous le nom de « folie des persécutions » ;

4o Le suicide est une exception dans la folie des persécutions;

5o Les rares persécutés qui se suicident restent fidèles à leur conviction délirante : se venger de prétendus ennemis ;

6o Cette distinction a une grande importance en clinique et en médecine légale.

Dr E. Régis.

De la leucocythose dans les cancers, par M. Georges Alexandre, ancien interne provisoire des hôpitaux.

Le travail que M. Alexandre a choisi pour sujet de sa thèse inaugurale a été fait sous l'inspiration de M. le professeur Hayem; il constitue une heureuse application des procédés de laboratoire à la recherche du diagnostic. M. Alexandre est parti de ce fait que, dans les cas de cancer d'un certain nombre d'organes, on voyait le sang subir une série de modifications dont la plus importante était l'augmentation des globules blancs. Laissant de côté la question théorique, M. Alexandre ne cherche pas à établir si c'est le cancer qui amène dans le liquide hématique une lésion déterminée ou si c'est au contraire une lésion du sang qui produit, avec ou sans cause occasionnelle, un néoplasme cancéreux; l'objet de son étude est la présence en nombre excessif des globules blancs.

Il était nécessaire d'établir tout d'abord quel est le chiffre de ces globules blancs dans le sang normal. Comme les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point, M. Alexandre accepte les chiffres extrêmes pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, et ne considère comme présentant de la leucocytose que le sang qui contient, par millimètre cube, 10,000 globules blancs ou plus. Il va sans dire que le procédé employé pour les recherches a été celui de M. le professeur Hayem.

Les résultats obtenus sont variables suivant la région atteinte du cancer, variables aussi suivant la nature histologique du pléonasme. Les squirrhes et les encéphaloïdes du sein s'accompagnent, dans la grande majorité des cas, d'une augmentation notable du nombre des leucocytes. Il y a des exceptions, et des cancers ont été observés qui n'entraînent pas un excès de leucocytes dans le sang. Quant aux exceptions en sens contraire, on ne les a vues que lorsque le cancer était suppuré.

Les ostéo-sarcomes s'accompagnent toujours d'une leucémie bien nette. De tous les cancers, ce sont ceux qui donnent lieu à la présence du plus grand nombre de leucocytes.

On rencontre également ces derniers en abondance dans le cancer du foie, des testicules, dans le lympho-sarcome. Ils semblent manquer dans la dégénérescence du pancréas. Pour les cancers de l'estomac, il existe de telles différences que ce genre de recherches ne peut être d'aucune utilité.

Enfin, les épithéliomas non suppurés ne présentent jamais de leucémie. Quand on la constate, si on ne trouve aucun signe d'une autre affection s'accompagnant de leucocythore, il faut songer à l'existence d'une autre néoplasie.

Les résultats obtenus par M. Alexandre sont le fruit de recherches minutieuses et patientes. Sans doute il serait prématuré de tirer des conclusions d'un aussi petit nombre de faits. Mais on sait de quelles difficultés est souvent entouré le diagnostic du cancer, et on ne peut avoir à sa disposition trop de procédés d'investigation ; à ce titre, la numération des globules blancs est un précieux auxiliaire. Des observations nombreuses qui relatent en détail les procédés et la marche de chacune des analyses terminent ce travail substantiel dont la partie pratique n'échappera à personne.

Dr E. Desnos.

De la spléno-pneumonie, par le docteur Paul Bouauel, ancien interne des hôpitaux.—Thèse de Paris, 1886.

Il existe un état pathologique du parenchyme pulmonaire dont les symptômes dominants sont ceux de la pleurésie, et auquel, depuis les recherches de M. le professeur Grancher, on est convenu de donner le nom de *spléno-pneumonie*. Nous emprunterons au travail important de M. le docteur Bourdel les particularités de cette affection souvent méconnue.

Le début est en général assez brusque, et se montre à la suite d'un refroidissement manifeste; il est accompagné de petits frissons analogues à ceux de la pleurésie. Le point de côté ne manque jamais et la dyspnée est généralement très marquée; le faciès est anxieux, la voix brève, entrecoupée. La toux vient encore exagérer la douleur thoracique et la dyspnée; elle ressemble à celle de la pleurésie. Elle est pénible, quinteuse; elle s'accompagne le plus souvent d'une expectoration peu abondante, visqueuse.

Il existe une ampliation plus ou moins grande du côté affecté. Malgré la voussure, on n'observe pas de déviation sternale, ce qui est en opposition avec ce que l'on observe dans la pleurésie avec épanchement.

On trouve une matité complète à la percussion, tandis qu'en avant, sous la clavicule, il existe du tympanisme. La palpation permet de constater la diminution ou la suppression des vibrations. La nullité des vibrations ne cesse pas brusquement et la main peut, en montant peu à peu, les sentir renaître insensiblement et augmenter graduellement. Enfin le palper fait constater dans la région sous-claviculaire une augmentation de vibrations très importante.

A l'auscultation, on entend du souffle, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone et des râles plus ou moins abondants. On entend dans la région de la base des crépitations fines qui se montrent surtout après la toux.

Le diagnostic de la spléno-pneumonie est souvent très difficile, surtout avec la pleurésie. Les signes se ressemblent beaucoup dans ces deux affections. Cependant le souffle dans la spléno-pneumonie est en général d'une tonalité moins aiguë, l'égophonie est moins pure, moins franche que dans les épanchements pleuraux. La matité a des limites supérieures moins nettes que dans la pleurésie.

Les signes qui constituent des symptômes plus importants sont l'expectoration gommeuse, qui ne se rencontrent pas dans

la pleurésie, ainsi que les crépitations fines entendnes au niveau de la base.

Les signes de voisinage ont bien plus d'importance encore : la réapparition gradnelle et l'augmentation progressive de bas en haut des vibrations thoraciques est un phénomène capital, car on sait que dans l'épanchement pleural il y a toujours un brusque retour de ces vibrations au-dessus du niveau du liquide, et en ce point une zone d'exagération marquée due à la condensation du tissu pulmonaire.

La persistance intégrale de l'espace de Traube, lorsque la lésion siège à gauche, sera également un renseignement précieux.

S'il n'y a pas de déviation du sternum du côté voussuré, on en pourra conclure que la voussure dépend d'une altération du poumon et non de la présence de liquide dans la plèvre.

Enfin, le seul moyen d'acquérir la preuve irréfutable de l'affection pulmonaire est la ponction capillaire faite à l'aide de la seringue de Pravaz, dans le sixième ou septième espace intercostal.

Le diagnostic devra encore être fait avec la congestion pulmonaire simple, l'hydrothorax, etc.

Au point de vue de sa nature, la spléno-pneumonie semble être une broncho-pneumonie subaiguë, où la splénisation joue le plus grand rôle et où une exsudation abondante et de faible densité dans les alvéoles pulmonaires est probablement la cause des signes physiques, si rapprochés à tous égards de ceux de la pleurésie.

A. Martha.

NOTES & INFORMATIONS

Inauguration de la statue de Paul Broca. — Samedi, 31 juillet, a eu lieu, sur la place concédée par la ville de Paris, boulevard Saint-Germain, l'inauguration de la statue de Paul Broca. Cette cérémonie s'est effectuée en présence de la famille, d'un groupe d'amis intimes, d'anciens élèves reconnaissants, de plusieurs membres de la Société d'anthropologie, de l'Académie de médecine, de la Faculté, du Conseil municipal. D'ailleurs, aucun apparat officiel, bruyant, ce qui, à notre avis, eût été absolument opposé aux idées de notre excellent maître. M. Ploix, ingénieur en chef hydrographique de la marine, président de la Commission spéciale nommée par la Société d'anthropologie, a remis la statue à la Société, et son président de cette année, M. le docteur Magitot, a retracé avec émotion quelques-uns des incidents de la vie scientifique de Broca. M. de Quatrefages a ajouté quelques mots, et l'assistance, sympathique et émue, s'est retirée, après avoir salué la digne veuve et les enfants de notre si bon et si regretté maître et ami.

Dr A. Dureau.

Voici quelques passages du discours de M. Magitot :

« Messieurs,

« La Société d'anthropologie, au nom de laquelle j'ai l'honneur de prendre ici la parole, a été invitée par la Commission du monument de Broca à recevoir de ses mains l'œuvre qui va tout à l'heure être découverte devant vous...

« Que ceux qui passeront au pied de ce monument s'inclinent donc avec respect. L'homme qu'il représente fut un puissant esprit et un grand caractère. Vous, médecins, naturalistes, philosophes, chercheurs que subjugue l'attrait des grands problèmes de la science de l'homme, évoquez la mémoire de celui que vous avez connu, écouté et aimé. Vous, étudiants des générations à venir, contemplez l'image d'un maître qui fut à la fois anatomiste, chirurgien, anthropologiste, et dont le nom va reparaître sans cesse dans vos livres, dans vos cours, à chaque étape de vos études...

« Mais si cette statue doit transmettre l'image du grand initiateur qui a créé, organisé et personnifié l'anthropologie, il est un autre monument, non moins impérissable que le bronze, c'est l'œuvre scientifique de Broca, cette œuvre aujourd'hui épanouie et rayonnante qui, depuis sa mort aussi bien que durant sa vie, conduit et éclaire dans la voie qu'il a si magistralement ouverte, la phalange fidèle et dévouée des disciples. Aussi est-ce à nous, messieurs, nous qui sommes ces disciples, de conserver précieusement et religieusement les pures traditions et les grands exemples qu'il nous a légués. C'est à notre Société qu'est confié ce dépôt : c'est à elle qu'est dévolue cette mission. Elle n'y faillira pas... »

France. — M. le ministre des postes et télégraphes a concédé la franchise postale à la correspondance échangée par les médecins inspecteurs du service de la protection du premier âge avec les maires des communes composant leur circonscription, avec le sous-préfet de leur arrondissement et le préfet du département.

Cette franchise est uniquement réservée à la correspondance relative au service de la protection.

— Russie. — L'autopsie du corps de M. Katkof a été faite hier par le docteur Klein, professeur d'anatomie pathologique, en présence du docteur Potain (de Paris) et du docteur Meuding, professeur de médecine légale, des médecins de la famille, des représentants de l'autorité et de plusieurs témoins.

L'autopsie a révélé que la mort était le résultat d'un cancer à l'estomac, avec généralisation dans d'autres organes et avec lésion simultanée du cœur.

— Le Novoïé Vremia annonce, à la date du 29 juillet, que l'on a créé à Simbirsk une station bactériologique qui portera le nom de station Pasteur.

— Allemagne. — Le Congrès général annuel de la Société allemande d'anthropologie se réunira du 8 au 12 août à Nuremberg.

— Choléra. — *Italie.* — Deux cas de choléra ont été constatés officiellement à Malte. Les autorités prennent les mesures nécessaires pour enrayer la propagation du fléau.

— Autriche-Hongrie. — L'observation imposée dans tous les ports du littoral austro-illyrien aux provenances de la Sicile et à celles de la Calabre est portée de cinq à sept jours. Le temps de la traversée est compté aux bâtiments ayant un médecin à bord; mais, en tous cas, ils ont à subir une rigoureuse inspection médicale.

— Chypre. — Les provenances de la Sicile et des côtes méridionales de la Calabre (du cap Santa-Maria di-Leuca à Salerne) arrivant dans l'île de Chypre ne sont admises que dans le port de Larnaca, où elles ont à subir une observation de cinq jours pleins. Les marchandises susceptibles sont désinfectées, les chiffons repoussés.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont maintenus, pour l'année 1887-1888, dans les fonctions de chargés des cours complémentaires ci-après désignés, MM. les agrégés Lefour (accouchements), Carles (chimie).

Faculté de médecine de Lille. — M. Morelle, agrégé, est

maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté.

M. Doumer, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

M. Debierre, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est transféré en la même qualité à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Assaki, démissionnaire.

M. Demon, agrégé, est chargé, en outre, du 1er novembre au 31 décembre 1887, de chef des travaux anatomiques.

Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1887-1888, MM. les agrégés Demon (accouchements), de la Personne (clinique ophthalmologique), Lemoine (matière médicale et thérapeutique), Lambling (chimie organique), Wertheimer (physiologie), Debierre (anatomie).

M. Tavernier est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Havrez est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions d'aide préparateur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE.—Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, en date du 30 juillet, le titre III du statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des Facultés est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

Dispositions spéciales à l'agrégation des Facultés de médecine.

Art. 37. — Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les agrégés demeurent en exercice pendant une période de neuf années; ils sont renouvelés par tiers tous les trois ans.

Art. 38. — Il y a quatre sections d'agrégés :

La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle;

La deuxième, pour les sciences physiques, comprend la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie;

La troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale;

La quatrième, pour la chirurgie et les accouchements.

Art. 39. — Les épreuves préparatoires consistent :

1° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. La surveillance sera organisée par le jury.

Le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury;

2° Dans un exposé public fait par le candidat lui-même de ses travaux personnels. Une demi-heure est accordée pour cette épreuve;

3° Les candidats à l'agrégation de physique, de chimie et d'histoire naturelle, font en outre une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Art. 40. — Les épreuves définitives sont :

~~1° Une leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de~~ préparation libre;

2° Une série d'épreuves pratiques :

a. Pour la médecine :

Une leçon clinique sur un ou deux malades choisis par le jury, examinés avec toutes les ressources du laboratoire; des exercices d'anatomie pathologique.

b. Pour la chirurgie et les accouchements :

Mêmes épreuves pratiques que pour la médecine et, en outre, pour la chirurgie, une opération sur le cadavre.

c. Pour l'anatomie :

Une leçon sur une préparation d'anatomie descriptive; des exercices pratiques d'histologie.

d. Pour la physiologie :

Une leçon sur une préparation d'histologie; des exercices pratiques de physiologie expérimentale.

e. Pour la physique :

Une leçon sur une expérience de physique; des exercices pratiques de physique.

f. Pour la chimie :

Une leçon sur une expérience de chimie; des exercices pratiques de chimie.

g. Pour l'histoire naturelle:

Une leçon sur une préparation d'histoire naturelle; des exercices pratiques d'histoire naturelle.

h. Pour la pharmacie :

Une leçon sur une opération de pharmacie; des exercices pratiques de pharmacie.

Art. 41. — Les sujets et la durée des exercices pratiques sont déterminés par le jury.

Art. 42. — Les dispositions générales du statut du 16 novembre 1874 continueront à être appliquées.

— Le ministre de l'intérieur vient d'accorder les récompenses suivantes aux membres honoraires et participants des Sociétés de secours mutuels :

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Duhomme et Naret (de Paris).

Médailles d'or. — MM. les docteurs de Bernard de Montessus (de Châlon-sur-Saône), Brun (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Volonzac (de Rodez), Cannelier (de Saint-Lô), Poincarré (de Nancy), Desportes (de Charenton), Sicard (de Castres).

Médailles de bronze. — MM. Bouny (du Fleix), Rivière (de Lanta), Lorreyte (de Pouillon), Picard (de Selles-sur-Cher), Daudé (de Marvejols), Toffart (de Frelinghien), Vandernieks (de Ennetières-en-Weppes), Duplan (de Tarbes), Grando (de Espira-de-l'Agly).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Coquelu (de Dijon), Ansaloni (de Selles-sur-Cher), Thomas (de Billiour), Parsavant (des Prés-Saint-Gervais).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 AU SAMEDI 30 JUILLET 1887.

Fièvre typhoïde 22.—Variole 3.— Rougeole 18.— Scarlatine 1. — Coqueluche 3.— Diphthérie, croup, 20.— Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 164.— Autres tuberculoses 15. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 2. — Méningite 36. — Congestion et hémorr. cérébr. 34. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 4.— Maladies organiques du cœur 40.— Bronchite aiguë 16. — Bronchite chronique 21. — Broncho-pneumonie 12. — Pneumonie 35. — Gastro-entérite : Sein 43. — Biberon 85. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 14. — Sénilité 24. — Suicides 20. — Autres morts violentes 16.— Autres causes de mort 145. — Causes inconnues 4. — Total de la semaine: 866 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

A Treatise on Malarial Hæmorrhage embracing Epistaxis, Otorrhagia, Stomatorrhagia, Hæmoptysis, Hæmatemesis, Enterrorrhagia, Metrorrhagia and Hæmaturia, par Otis Frederick Manson, M. D. of Richmond, Va. Un volume in-8 de 118 pages, avec figures. — J. W. Fergusson and son, printers à Richmond.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, fascicule 2. — Affections chirurgicales des appareils et des systèmes ; avec la collaboration de MM. les professeurs Viault et Demons, de MM. les professeurs agrégés Planteau, Piechaud et Maurice Denucé, de la Faculté de Bordeaux. Un vol. gr. in-8 de 370 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. ; le tome Ier (complet), 12 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité pratique des maladies du foie, par J. Cyr, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Un vol. in-8 de VIII-886 p. — Prix : 12 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Monthyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine (prix Chateauvillard, 15 janv. 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. Un vol. in-8 de 975 pages, avec 130 figures et 1 planche en chromo-lithographie. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



58e année. 7e série. Tome IV. — N° 33 — 13 AOUT 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

SUR LE RETOUR IMMÉDIAT DE L'INNERVATION APRÈS LA SUTURE DES NERFS, par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé libre, membre de l'Académie de médecine.

Suite et fin. — Voir les numéros 30, 31 et 32.

XIV. Observation personnelle : *Plaie de la face antérieure du poignet ayant coupé les tendons fléchisseurs, les artères radiale et cubitale, et les nerfs médian et cubital. — Échec de la suture primitive des nerfs. — Suture secondaire. — Retour immédiat de la sensibilité.*

La nommée Tenq... (Léonie), âgée de 15 ans, tombe, le 28 juin 1885, pendant une attaque d'hystérie, contre une vitre qui se brise. Un éclat de verre lui fait une plaie profonde à la face antérieure du poignet droit.

L'accident était arrivé à une heure assez avancée de la soirée. On la transporte aussitôt à l'hôpital de la Pitié (salle Gerdy, no 13), où l'hémorrhagie est arrêtée.

Le lendemain, à la visite du matin, je constate que tous les tendons fléchisseurs des doigts et de la main sont coupés, ainsi que les artères radiale et cubitale et les deux nerfs médian et cubital. La plaie est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Elle s'étend depuis le quart inférieur du bord cubital de l'avant bras jusqu'à son bord radial, où elle se termine à un centimètre et demi environ au-dessus de l'éminence thénar. Les bords de la peau sont décollés et enroulés sur eux-mêmes.

Immédiatement, la malade est endormie par le chloroforme, et la bande de caoutchouc est appliquée sur le membre pour obtenir l'ischémie de l'avant-bras et de la main. Je lie le bout supérieur de l'artère radiale. L'artère cubitale, dont l'hémostase était complète, n'a pas besoin d'être liée. Je suture successivement tous les tendons fléchisseurs avec des fils de catgut. Puis, arrivant aux nerfs, je lave et avive leurs bouts coupés, et je les suture, aussi exactement que possible, avec deux fils de catgut fin pour le nerf médian et un seul fil de catgut pour le nerf cubital (sutures directes). La plaie cutanée est ensuite réunie avec des fils d'argent. Pansement de Lister; enveloppement de ouate; immobilisation de la main dans une position fléchie sur l'avant bras.

La réunion de la plaie se fait par première intention.

Le 24 août, deux mois après la suture, la sensibilité n'était pas revenue dans le territoire des nerfs sectionnés. Les doigts étaient dans une attitude demi-fléchie et présentaient quelques mouvements de flexion.

Le 7 septembre, des troubles trophiques commençaient à se manifester à l'extrémité des doigts. Bientôt il survint, au bout de chaque doigt, comme un mal blanc qui suppura quelque temps. Tous les ongles tombèrent, à l'exception de l'ongle du pouce.

La main et l'avant bras étaient sensiblement atrophiés. Les doigts avaient pris l'attitude en griffe et se fléchissaient à peine.

Du 23 novembre au 16 décembre, on soumit la main et l'avant-bras à l'influence des courants continus. La nutrition s'améliora L'atrophie de la main et des doigts diminua Mais la sensibilité ne revenait pas dans les régions primitivement anesthésiées.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir le numéro précédent.

IV. Un érudit, M. Albert Marignan, qui sous la direction de M. Rayet, à l'École des Hautes-Études, avait déjà fait une étude sur le culte d'Esculape, a été surpris en lisant les chroniques du VIe et du VIIe siècles et les vies des saints contemporaines, de retrouver chez nos ancêtres à peu près les mêmes usages et les mêmes traitements que chez les anciens Grecs.

L'Église aurait donc été l'héritière du temple d'Esculape ? C'est ce qui a poussé M. Marignan à ajouter aux travaux de MM Hermann, Paul Girard et Gauthier un petit chapitre sur la médecine dans l'Église durant cette période (1).

« L'atrium de l'Église était un lieu de repos ». C'était là que les malades demeuraient quelquefois de longs mois, attendant la visite du saint dont ils venaient implorer l'intervention. « Ils choisissaient leur place le long du portique, à l'abri du vent; quelquefois le prêtre leur cédait une cellule pour passer la nuit. Existait-il un règlement limitant le nombre des infirmes qui devaient coucher dans l'atrium ? Certaines maladies étaient-elles proscrites ? Grégoire de Tours se tait sur ce point. Pour lui, du reste, aucune nuance dans les maladies; elles sont toutes fort graves. Un malade souffre-t-il des yeux, il est aveugle; a-t il mal à la jambe, il est boiteux. Les maladies les plus fréquentes sont pourtant les fièvres, occasionnées par le défaut d'hygiène et par le nombreux marais qui existaient encore en Gaule La nature de ce mal, sujet à des accalmies et à d'apparents retours de santé, encourageait singulièrement les illusions optimistes et favorisait la croyance au miracle. Grégoire de Tours ajoute que ceux qui ne pouvaient marcher à cause de leur maladie se faisaient apporter dans un chariot que l'on installait sur la place, en face de la basilique; quelques-uns même restaient aux portes de celle-ci par humilité et repentance. Le saint, du reste, ne considérait pas la

(1) *La médecine dans l'Église au sixième siècle*, mémoire pour servir à l'histoire de la civilisation en France. Brochure in-8o, Paris, 1887. — Alphonse Picard, éditeur.

Pendant toute l'année 1886, je perdis la malade de vue.

Le 3 mars 1887, Léonie T... rentre dans mon service. A ce moment, je constate l'état suivant :

Les doigts ont recouvré peu à peu leur mobilité. Leurs mouvements de flexion et d'extension sont complètement revenus. Les muscles de l'éminence thénar restent atrophiés, et le pouce s'oppose assez difficilement aux autres doigts. La force avec laquelle la main saisit les objets est notablement moins grande à droite qu'à gauche. Le dynamomètre marque 10 kilos à droite et 30 kilos à gauche. Les mouvements du poignet sont limités, surtout dans l'extension, et sont un peu douloureux.

La jeune fille ne se sert plus de sa main droite ni pour écrire ni pour coudre; mais elle lui est très utile pour un grand nombre d'ouvrages.

L'atrophie de l'avant-bras n'existe plus. Les troubles trophiques ont disparu. Les ongles ont repoussé. Ils sont lisses et bien conformés, mais un peu plus épais et plus incurvés que du côté sain. La main droite est toujours plus froide que la gauche. Sa couleur est normale, et on n'y voit ni durillon ni ulcération.

Mais j'appelle surtout l'attention sur la sensibilité de la main. J'ai dit que, deux mois après la suture des nerfs médian et cubital, la sensibilité n'était pas revenue dans les parties où ces nerfs vont se distribuer. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt et un mois, le retour de la sensibilité n'a fait aucun progrès.

Actuellement, la sensibilité est parfaite au-dessus de la cicatrice du poignet; au-dessous, sur la face palmaire de la paume et des doigts, elle est complètement abolie, sauf à l'éminence thénar, où elle est seulement diminuée. Mon interne, M Legrand, a constaté que, sur l'avant-bras, la malade distingue le contact de deux pointes avec un écartement minimum de 20 millimètres; sur l'éminence thénar, elle ne sent qu'un seul contact avec un écartement de 40 millimètres; sur la paume de la main et sur la face palmaire des doigts, la sensation est nulle A la face dorsale de la main, la sensibilité existe partout, sauf les phalangettes et la moitié inférieure des phalangines Les deux pointes sont perçues, avec 30 millimètres d'écartement, sur la partie médiane, avec 25 millimètres sur le bord cubital, et avec 12 millimètres sur le bord radial et dans la région de la tabatière anatomique. Quel que soit l'écart, la malade ne peut sentir les deux pointes sur le dos de la première phalange des doigts.

La sensibilité thermique, étudiée aussi par M. Legrand, a donné les résultats suivants. Une cuiller chauffée par de l'eau très chaude et appliquée sur la face palmaire n'est pas sentie; elle détermine seulement, au dire de la malade, une sensation d'agacement dans les doigts. Un objet froid n'est pas plus senti qu'un corps chaud. Sur le dos de la main la sensation de la chaleur est intacte.

Enfin, il se produit une douleur assez vive, lorsqu'on comprime la cicatrice au niveau des points où le nerf médian et le nerf cubital ont été suturés. C'est même à cause de cette douleur que la malade est venue me retrouver à la Pitié.

La suture des deux nerfs, qui donnent la sensibilité à la face palmaire de la main, n'a donc pas été suivie du retour de leur fonction, même après un délai de vingt et un mois. Ces nerfs, ayant été coupés tous les deux, il n'a pu s'établir entre eux aucun phénomène de suppléance. Aussi l'insensibilité est absolue. Il faut en conclure, ou que la suture a échoué, ou que celle ci, ayant réussi, la sensibilité ne revient pas toujours après le rétablissement de la continuité du nerf, surtout lorsque la suppléance d'un nerf voisin est impossible.

Léonie T... fut présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 16 mars dernier (*Bul de la Soc. de chir.*, p. 186, 1887). MM. Tillaux, Lannelongue, Kirmisson, et la plupart des membres présents, furent d'avis qu'il y avait un grand intérêt à vérifier l'état de la soudure du médian et du cubital en mettant ces nerfs à nu.

J'ai complètement partagé cet avis. Ma jeune malade ne pouvait que gagner à l'opération. Si, en effet, les bouts du médian et du cubital ne s'étaient pas soudés, je pouvais espérer qu'une suture secondaire lui rendrait la sensibilité de la main, à l'exemple des faits publiés par M. Tillaux et par quelques autres chirurgiens étrangers.

Le 21 mars dernier, Léonie T... fut endormie par le chloroforme.

Ischémie de la main et de l'avant-bras avec la bande de caoutchouc. Spray phéniqué. Précautions antiseptiques.

Notre collègue des hôpitaux, le docteur Prengrueber, assiste à l'opération et me sert d'aide.

Incision longitudinale, longue de 5 centimètres environ, entre le tendon du grand palmaire et le paquet des tendons fléchisseurs, incision qui traverse le tissu de l'ancienne cicatrice du poignet.

Au-dessous de l'aponévrose, en dehors des tendons fléchisseurs, je rencontre le tronc du nerf médian, qui est de couleur et de volume normaux. En le suivant de haut en bas, je constate qu'il s'aplatit à mesure qu'on se rapproche du poignet, puis qu'il se dissocie en plusieurs faisceaux arrondis, qui se perdent dans un tissu cicatriciel assez peu résistant. Le bout inférieur du médian se trouve au niveau de la limite supérieure de l'éminence thénar, et se termine par une extrémité arrondie, qui adhère au tissu cicatriciel. *Il n'y a donc pas continuité entre les deux bouts du nerf médian*, et la suture, que j'ai pratiquée lors de l'accident, a *échoué*.

Après avoir bien isolé le bout inférieur et le bout supérieur, je les sectionne avec un bistouri, de manière à ne conserver que des

---

place du solliciteur, tous trouvaient grâce devant lui et s'en allaient guéris.

Le séjour dans la basilique était illimité; certains malades y sont restés plusieurs années. Pour d'autres, un jour a suffi.

Le mieux arrivait aussi insensiblement. L'aveugle, par exemple, pouvait recouvrer la vue d'un seul œil. Quelques jours passés encore dans l'église suffisaient pour lui assurer la guérison de l'autre. On pouvait aussi venir pour autrui, on servait alors les pauvres inscrits à la matricule, on veillait auprès du tombeau pendant quelques jours et on apprenait bientôt la guérison de la personne malade. »

A côté des guérisons produites par les songes, il y avait, nous apprend encore M. Marignan, les remèdes qu'on venait réclamer au tombeau du saint. Comme tout ce qui était placé près de ce tombeau avait une certaine vertu, on possédait un grand nombre de remèdes. Ils étaient employés indistinctement. Dans différents cas, cependant, Grégoire de Tours mentionne des remèdes spéciaux pour certaines maladies. C'était le prêtre qui était chargé de les remettre aux malades. Il tenait un registre où il inscrivait les guérisons.

Les maladies étant considérées comme un châtiment infligé par le Saint ou par Satan, les malades s'adressaient à l'abbé ou à l'évêque pour lui demander des conseils. A cette époque, quoi de plus naturel? N'était-ce pas aux représentants de Dieu qu'on avait recours? Et ces représentants ne devaient-ils pas avoir un bien grand pouvoir. « Le malade allait donc vers le prêtre, lui expliquait sa maladie et lui demandait des soulagements.

Le prêtre, avec l'expérience que donne au bout d'un certain temps l'habitude des maladies, connaissait les remèdes courants; il avait aussi un immense avantage, il pouvait calmer la conscience du malade, apaiser ses craintes, le consoler, l'encourager. Les avis, les conseils, les ordonnances qu'il communiquait, c'était le saint qui les avait dictés. »

D'après Grégoire, il est vrai, on ne peut nommer que deux prêtres assez habiles en médecine : c'est Audius et Venantius.

Les remèdes que conseillait le prêtre étaient d'ailleurs fort simples : le jeûne, la prière, la visite au tombeau. Mais dans cette visite au tombeau que de ressources! 1° *La poussière du tombeau* qui était un remède fort usité. Comme la cendre de l'autel d'Esculape, elle guérissait toutes les maladies. On grattait la pierre du

tissus sains, et je résèque tous les tissus intermédiaires, qui seront examinés au microscope. Il en résulte, entre les deux bouts du nerf, un écartement d'au moins quatre centimètres. Pour mettre en contact les deux bouts sectionnés, il faut non seulement exercer une assez forte traction sur chacun d'eux, mais encore fléchir fortement la main sur l'avant-bras et l'avant-bras sur le bras.

Je passe alors dans le bout supérieur et dans le bout inférieur du médian, à un demi centimètre du plan de la section. trois fils de catgut très fin; puis je serre les anses, de manière à affronter les faisceaux des tubes nerveux, et je noue les fils, pendant qu'un aide maintient la main et l'avant-bras dans une position très fléchie.

Le sommeil de la patiente est incomplet, malgré la forte dose de chloroforme absorbée. Elle s'agite et crie. On a beaucoup de peine à empêcher ses mouvements inconscients et désordonnés. Il est évident que si l'attitude fléchie du membre opéré se relâchait un seul instant, la traction en sens inverse des deux bouts du médian serait assez forte pour désunir la suture, en provoquant la rupture des fils de catgut ou la déchirure du tissu nerveux.

La suture du médian est trop difficile à maintenir pour que je puisse songer à prolonger l'opération en allant à la recherche du cubital. Je remets ce second acte opératoire à une autre séance. Je me hâte de refermer l'incision cutanée par six points de suture métallique, d'appliquer un pansement de Lister et une attelle plâtrée, qui immobilise la main et l'avant-bras dans une attitude très fléchie.

L'opération et le pansement ont duré une heure environ, en raison de la minutie des sutures et des difficultés que l'agitation chloroformique de la patiente nous a causées.

Les phénomènes consécutifs ont été recueillis avec le plus grand soin par M. Legrand, interne de ma salle de femmes.

Il constate qu'à cinq heures et demie, c'est-à-dire cinq heures après l'opération, *la sensibilité est revenue.* La face palmaire des doigts, la région onguéale, la face dorsale des phalangettes, qui étaient insensibles, sentent maintenant le contact d'une épingle ou de tout autre objet.

Et, phénomène extrêmement curieux, *la sensibilité est revenue aussi bien dans la sphère du cubital que dans la sphère du médian.* Lorsqu'on ferme les yeux de la malade, elle désigne, sans se tromper, le doigt qui a été touché et distingue fort bien le lieu de l'attouchement. Sur la face dorsale des phalangines et des phalanges, la sensibilité semble exagérée.

Le 22 mars, lendemain de l'opération, je constate moi-même ce retour de la sensibilité.

Dans la journée, l'annulaire, et surtout l'index, deviennent le siège d'engourdissements et de fourmillements analogues à ceux que Léonie T... a éprouvés après son accident.

Le 23 mars, la sensibilité persiste partout. Elle semble beaucoup plus marquée au petit doigt et à l'annulaire. En glissant un crayon sous le pansement, on constate que le contact de cet objet est perçu dans toute la région palmaire. Le pouce se meut plus facilement qu'avant l'opération.

Tous les doigts sont chauds, rouges et un peu gonflés.

Douleurs à la face antérieure du poignet. Sac de glace sur la main.

Les jours suivants, la sensibilité persiste. Parfois, quelques-uns des doigts donnent la sensation de fourmillements, d'engourdissements, de démangeaisons, de brûlures, phénomènes dont la durée est plus ou moins longue.

Le 25 mars, les douleurs du poignet s'irradient dans l'avant-bras et le bras, et remontent jusque dans l'aisselle. A côté de l'artère axillaire je trouve un cordon, qui n'est autre chose que le nerf médian tendu par la traction, que j'ai été obligé d'exercer pour faire la suture dans la région du poignet. Ce cordon est légèrement douloureux, et quand je le comprime, le malade éprouve des fourmillements au poignet, à la face palmaire de la main et dans les doigts. Quand je comprime le radial au niveau de l'aisselle, les fourmillements se produisent au contraire sur le dos de la main.

Le 26 mars, les douleurs irradiantes vers l'avant-bras et le bras sont presque complètement calmées.

Le pansement est renouvelé pour la première fois.

Pendant le changement du pansement, on constate que la sensibilité est revenue dans la paume de la main et au poignet jusqu'au niveau de la cicatrice de l'accident primitif.

La main et l'avant-bras ont été maintenus et fléchis dans l'appareil plâtré jusqu'au 4 avril. A partir de cette date, je modifie l'appareil de manière à ce que la main puisse s'étendre un peu. Mais je ne l'enlève tout à fait que quelques jours après. La malade porte alors son bras en écharpe, et s'exerce à faire quelques mouvements d'extension.

Le 16 avril, les mouvements sont libres en tous sens. Mais lorsque l'opérée étend complètement l'avant-bras, elle ressent des tiraillements dans les doigts.

La plaie opératoire s'est réunie par première intention dans la profondeur. Les parties superficielles de l'incision cutanée ont un peu suppuré.

Le 22 avril, lorsque Léonie T... sort de la Pitié pour aller à la maison de convalescence du Vésinet, elle se trouve dans l'état suivant :

La sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur existent partout dans la sphère du médian et du cubital. Elle est même très accentuée. A peu près dans toutes les régions primitivement anes-

---

tombeau et on mettait cette poussière dans du vin et dans de l'eau. La potion avalée, le malade était guéri. Ce remède était tellement usité que beaucoup de tombeaux étaient perforés; 2° *la cire des cierges qui brûlaient au tombeau.* Ce n'était pas souvent la cire, mais bien la mèche brûlée qu'on prescrivait au malade. Avant de prendre cette *potion*, il devait réciter une prière pour se recommander au saint; 3° un autre remède employé était *l'eau et le vin qui avait servi à laver l'autel.* Grégoire de Tours nous dit que les malades avaient l'habitude de faire couler de la bière ou du vin sur la pierre du tombeau de saint Bénigne dans les petites cavités où les pieds du saint furent fixés avec du plomb. Ce mélange guérissait les maladies des yeux et les blessures; 4° *le voile du tombeau* Le malade qui avait mal aux lèvres touchait le voile du tombeau avec sa bouche et était guéri. Le contact de ce voile arrêtait en outre les hémorrhagies. Les fidèles emportaient aussi les franges de ce voile comme reliques et les plaçaient sur la partie malade; 5° *le bois de la grille.* Le malade qui souffrait à la langue n'avait qu'à la passer entre les barreaux de la grille et se trouvait guéri; 6° *le voile qui recouvrait les offrandes* servait aussi de remède aux maladies mentales.

Outre ces divers remèdes, on possédait encore d'autres ressources telles que les planches qu'on mettait à côté du tombeau, les feuilles répandues par terre. Les objets que le saint avait touchés servaient aussi. Son lit surtout accomplissait beaucoup de guérisons Il suffisait de s'y coucher ou de se placer dessous pour être soulagé. Il était conservé dans l'église, couvert d'un voile de soie, éclairé par des lampes qui brûlaient tout autour. Si le saint avait été évêque, sa crosse avait des pouvoirs magnifiques, elle chassait les démons. Le saint avait-il touché un arbre, avait-il un petit bosquet autour de sa maison, les feuilles des arbres et les plantes étaient aussi employées comme remède Ceux qui avaient des maux de dents touchaient avec un petit morceau de bois la dent malade et se trouvaient guéris. Le bois des portes de l'église possédait aussi cette vertu.

Nous avons ainsi, à la suite de M. Marignan, pénétré dans les croyances des hommes du sixième siècle, et nous avons vu qu'elles étaient bien grossières et bien barbares. Gallo-Romains et Germains pratiquaient la même médecine. Nous venons de voir aussi le culte des saints considérés comme guérisseurs, les saints que l'on prie

tésiées, l'opérée sent deux pointes avec un écartement de 2 centimètres à peine. Il n'y a plus ni fourmillements ni sensations anormales. Les mouvements du pouce sont beaucoup plus libres et plus étendus qu'avant l'opération. Les éminences thénar et hypothénar semblent conserver à peu près le même degré d'atrophie. La première est plus atrophiée que la seconde.

L'exploration électrique faite par mon interne, M. Legrand, a donné les résultats que voici :

1° Les deux pôles d'un appareil ordinaire de Chardin, placés sur l'avant-bras droit, ont occasionné de la douleur au moment des deux contacts.

2° Placés, l'un sur l'avant-bras, l'autre dans la paume de la main, ce dernier n'est pas senti.

3° Placés, l'un sur l'avant-bras, l'autre sur le dos de la main, tous les deux sont sentis.

4° Placés tous deux dans la paume de la main, point de sensation, même avec un courant très fort. La patiente perçoit seulement des picotements au bout des doigts.

5° Les deux pôles, placés sur le dos de la main, sont sentis tous les deux.

La sensibilité à l'électricité n'est donc pas revenue.

L'excitabilité électrique des muscles de l'avant-bras existe dans toute son intégrité. Mais les muscles de l'éminence thénar se contractent à peine sous l'influence du courant électrique; ils déterminent un léger mouvement d'adduction, mais point de mouvement d'abduction ni de flexion.

Ma jeune opérée est affectée d'une hémianesthésie hystérique à gauche, côté opposé à celui de la suture nerveuse, ce qui empêche de faire une étude comparative de la sensibilité des deux mains.

Je l'ai présentée à la Société de chirurgie, pour la seconde fois, le 11 mai, afin que les membres de cette Société pussent constater le résultat obtenu par la suture secondaire.

Quelques jours après cette présentation, des troubles trophiques analogues à ceux qui s'étaient développés après la suture primitive, se montrèrent sur l'index droit. Les autres doigts restèrent complètement indemnes. Une tourniole apparut autour de l'ongle, qui fut ébranlé et tomba. Le soulèvement épidermique gagna peu à peu toute l'étendue de l'index. Un pansement, maladroitement maintenu par un fil assez serré autour de la première phalange, produisit rapidement une gangrène superficielle à l'extrémité du doigt. Mais les petites escharres ne tardèrent pas à s'éliminer, et les plaies qui en résultèrent étaient cicatrisées le 20 juin.

Il est remarquable que ces troubles trophiques n'ont aucunement altéré la sensibilité de l'index.

Le 20 juin, lorsque Léonie T... voulut sortir de la Pitié, son état était le suivant :

L'avant-bras et la main droits sont plus faibles et moins volumineux que l'avant-bras et la main gauches. L'éminence thénar droite est complètement atrophiée. Les mouvements d'opposition du pouce sont très incomplets, et s'accomplissent par l'intermédiaire de l'adducteur. Les muscles de l'éminence hypothénar sont, au contraire, assez bien développés.

La sensibilité de la main, mesurée à l'esthésiomètre, donne des résultats suivants : sur la face dorsale du poignet et de la main, les deux pointes sont senties avec un écartement minimum de 10 millimètres; sur la face antérieure de l'avant-bras, avec un écartement de 18 millimètres; au niveau de la cicatrice, avec 20 millimètres; sur l'éminence thénar et la face palmaire des doigts, avec 15 millimètres; sur la face palmaire du pouce, avec 12 millimètres; sur la face dorsale des doigts, avec 8 millimètres.

Les impressions tactiles et douloureuses ne subissent aucun retard dans leur transmission.

L'hémianesthésie hystérique persiste à gauche. La malade n'a pas voulu se prêter à une cure par la suggestion.

Revue au commencement de juillet, Léonie T... est très bien portante. La sensibilité de la main se maintient et semble même se perfectionner.

L'examen histologique du cordon cicatriciel irrégulier, qui a été réséqué entre le bout supérieur et le bout inférieur du nerf médian, a été fait par M. Toupet au laboratoire du professeur Cornil. Ce cordon était constitué par quelques rares faisceaux de fibres nerveuses atrophiées et par une grande quantité de tissu conjonctif. La plupart des fibres nerveuses étaient réduites à leur gaine de Schwann; quelques-unes, très rares, possédaient une mince gaine de myéline et un cylindre-axe. Les tubes nerveux complets semblaient plus nombreux dans les expansions nerveuses, qui émanaient du renflement terminal du médian, que dans ce renflement lui-même. En somme, tous les éléments nerveux examinés dans ce cordon étaient altérés.

L'observation personnelle, que je viens de citer, contribue à démontrer, à l'égal des observations qui l'ont précédée : 1° que le segment périphérique d'un nerf cicatrisé à distance de son tronc central se régénère ; 2° que la suture secondaire peut produire une réunion par première intention des tubes nerveux et amener un retour presque immédiat de l'innervation.

En effet, dans cette observation, les deux nerfs, médian et cubital, qui donnent la sensibilité à la face palmaire de la main et aux doigts, et qui animent tous les muscles de la main, sont coupés. Par suite, perte du sentiment et du mou-

---

dans les maladies les plus graves, que l'on consulte par les veilles et qui envoie ses conseils par les songes.

M. Marignan a fait tous ses efforts pour rendre à ce culte sa physionomie. Tout le monde y croyait alors et dans toute la littérature de cette époque,

« Où tout était divin jusqu'aux douleurs humaines (1) »,

personne n'aurait osé formuler le moindre doute à cet égard. L'Eglise même, partageait, elle aussi, les convictions du peuple.

Par cette courte étude de M. Marignan, on se rend aisément compte de l'utilité que peuvent avoir les recherches d'érudition pour servir à l'histoire de la médecine dans les périodes les plus obscures.

Dr Albertus.

(A suivre.)

Faculté de médecine de Paris. — M. Ch. Richet, agrégé, est nommé professeur de physiologie, à partir du 1er novembre 1887.

(1) Alfred de Musset, *Rolla*.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande, à M. Cavalier, professeur de clinique des maladies mentales.

M. Hamelin, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale, à partir du 1er novembre 1887.

École de médecine de Limoges. — M. Depéret-Muret, professeur de pathologie interne, est nommé professeur honoraire.

École de médecine de Marseille. — MM. Queirel et Marcorelles, anciens suppléants, sont rappelés à l'exercice jusqu'au 21 octobre 1887.

École de médecine de Rouen. — M. Thierry, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie.

Clinique médicale de l'hôpital Necker. — M. le docteur G. Ballet, agrégé, suppléant M. le professeur Peter : les mardi et vendredi, à neuf heures, visite dans les salles et démonstration clinique au lit des malades.

vement. La suture primitive échoue. Au bout de vingt et un mois, l'insensibilité demeure complète dans la zone des deux nerfs ; les muscles sont atrophiés, ceux de l'éminence thénar plus que ceux de l'éminence hypothénar. La recherche opératoire du médian montre que son bout périphérique, complètement séparé de son bout central, a l'aspect d'un nerf normal ; par conséquent, il s'est régénéré. La suture secondaire, après avivement, ramène la sensibilité au bout de cinq heures ; par conséquent, l'accolement direct des tubes nerveux périphériques avec les tubes nerveux centraux a rétabli presque immédiatement la conductibilité du nerf. Non seulement les sensations du contact, mais les sensations de la douleur, de la chaleur, du froid, réapparaissent. Quant aux muscles, rien d'étonnant s'ils restent paralysés, puisqu'ils sont atrophiés.

Mon observation est d'autant plus concluante, qu'il n'est pas possible d'expliquer l'apparition subite de la sensibilité par des anastomoses ou par des fibres récurrentes, puisque les deux nerfs, qui animent la face palmaire et qui sont censés se suppléer l'un l'autre, étaient tous deux paralysés depuis longtemps.

Dira-t-on que la sensibilité s'est rétablie, parce que le pouvoir dynamogénique de la région insensible a été mis en jeu par l'ébranlement qu'a produit la suture du médian ? Mais qu'est-ce que le pouvoir dynamogénique d'un nerf, si ce n'est sa propriété de transmissibilité ? L'ébranlement d'un nerf peut-il avoir cet effet merveilleux de lui rendre sa transmissibilité et, par suite, de faire revivre la sensibilité dans toute la région qu'il anime, non seulement pendant quelques instants, mais pendant plusieurs mois, et indéfiniment ? N'est-il pas plus naturel de croire que l'excitation du médian suturé lui vient physiologiquement de son bout central, avec lequel il a été mis en communication ?

Jusqu'à l'observation qui m'est personnelle, je considérais les faits de retour immédiat de la sensibilité, signalés par Nélaton, Laugier, Tillaux, etc., comme des erreurs d'interprétation, qu'il fallait rapporter à des phénomènes de sensibilité suppléée et récurrente. Mais, quand j'eus constaté moi même que la sensibilité, éteinte depuis vingt et un mois, avait réapparu en quelques heures après la suture secondaire du médian, je n'ai pu m'empêcher de croire, et je crois encore, que la suture, en rétablissant la continuité des tubes nerveux par une réunion immédiate, a en même temps rétabli leur fonction.

Cependant, il y a dans mon observation un point dont l'explication est assez embarrassante : comment se fait-il que la sensibilité soit revenue même dans la sphère du cubital, qui n'a pas été suturé ?

J'ignore quel était l'état anatomique du cubital, puisque je je ne l'ai pas mis à nu pour des raisons cliniques, que j'ai indiquées. Je suppose que, la suture primitive ayant échoué, pour le nerf médian aussi bien que pour le nerf cubital, ce dernier a pu néanmoins se cicatriser consécutivement avec son bout central par un filament intermédiaire de nature nerveuse, mais trop grêle pour lui permettre de fonctionner normalement. La sensibilité était nulle dans tout son territoire, mais les muscles, qui dépendent de lui, n'avaient subi qu'une demie-atrophie. Une partie de l'innervation du cubital était donc conservée ; et si son innervation n'existait pas tout entière, c'est que ses connexions avec les centres étaient trop faibles et trop incomplètes. Mais, quand le bout périphérique du médian eût été remis en état de communiquer largement avec les centres nerveux, il a imprimé à son congénère, le cubital, par des fibres anastomotiques et récurrentes, l'excitation nécessaire pour qu'il puisse lui-même entrer en action.

Comme l'atrophie des muscles tributaires du cubital n'était pas complète, ces muscles ont récupéré peu à peu leur volume normal et leurs contractions. C'est ainsi que la malade peut faire mouvoir volontairement les muscles de l'éminence hypothénar, les muscles interosseux et l'adducteur du pouce. Mais les muscles de l'éminence thénar, qui se sont complètement atrophiés par suite de la longue interruption du médian, n'ont pu recouvrer leurs contractions.

Pronostic. — Il importe de faire remarquer que l'innervation, après la suture primitive ou secondaire, se rétablit rarement dans toute son intégrité première. Ordinairement, la sensibilité est plus obtuse. Quelquefois, la transmission des impressions sensitives subit un certain retard. Dans mon observation, la sensation de l'électricité faradique était perdue. La motilité revient, alors que la sensibilité reste absente. D'autres fois, l'inverse se produit. Des troubles trophiques apparaissent presque toujours dans la zône du nerf et durent plus ou moins longtemps. Il y a là des variétés, qui indiquent qu'un nerf suturé n'est plus un nerf tout-à-fait normal. Mais l'expérience prouve que cette innervation, d'abord défectueuse, se perfectionne avec le temps.

Quelquefois, au contraire, la sensibilité, revenue après la suture, s'affaiblit au bout de quelques jours, puis disparaît, tantôt définitivement, tantôt pour un temps plus ou moins long. Cet accident tient soit à une désunion du nerf, soit à une névrite. On peut l'éviter en maintenant le membre immobile, en éloignant toutes les causes qui peuvent irriter la plaie, et en se servant de sutures antiseptiques, qui ne sont pas susceptibles de provoquer une inflammation du tissu nerveux.

Pour avoir une idée du pronostic de la suture des nerfs, on n'a qu'à consulter les chiffres suivants :

D'après Wolberg (*Deutsche Zeitsch. für Chir.*, B. XVIII et XIX) :

26	fois pour 100,	la suture a été suivie d'une réunion par première intention et du retour rapide de l'innervation.
32	»	»	il y a eu régénération et retour tardif de l'innervation.
32	»	»	la suture a été inutile.
10	»	»	Résultats inconnus.

La statistique, dressée par M. Chaput (*Arch. de méd.*, t. XIV, p. 343, 1884), a donné des résultats assez analogues.

1° *Pour les sutures primitives.*

8	fois pour 100,	une réunion immédiate certaine.
10	»	»	une réunion immédiate probable.
44	»	»	une régénération du nerf.
2	»	»	un insuccès bien net
36	»	»	les observations n'ont pas été concluantes.

2° *Pour les sutures secondaires.*

26	fois pour 100,	une réunion immédiate certaine.
4	»	»	une réunion immédiate incertaine.
44	»	»	une régénération du nerf.
4	»	»	un insuccès partiel.
22	»	»	les observations n'ont pas été concluantes.

Il résulte de ces statistiques que la suture des nerfs produit une réunion par première intention et un retour rapide de l'innervation à peu près dans le quart des cas; et que, dans la moitié des cas environ, il y a régénération consécutive du nerf et retour tardif de ses fonctions.

Il en résulte encore que la suture secondaire réussit plus souvent que la suture primitive.

La suture des nerfs faite avec les soins de la méthode antiseptique est, d'ailleurs, une opération bénigne qui, à ma connaissance, n'a jamais provoqué le tétanos ni aucun autre accident mortel ou grave.

Traitement. — Il est toujours indiqué de faire la suture d'un nerf important, quand sa section paralyse la sensibilité et le mouvement.

La suture primitive, dans une plaie récente, doit être faite aussi hâtivement que possible. Si elle intervient avant le moment inconnu, et probablement variable suivant les sujets, où la dégénérescence du bout périphérique a commencé, elle peut réussir à faire renaître immédiatement les fonctions du nerf.

Lorsqu'à la suite d'une blessure complètement cicatrisée, les fonctions du nerf coupé ne sont pas revenues, et lorsqu'il s'est écoulé assez de temps pour la restauration du bout périphérique, il faut mettre les bouts du nerf à nu, les aviver et les suturer. Cette suture secondaire s'accompagnera souvent du retour immédiat ou très rapide de la sensibilité. Les muscles, qui sont ordinairement dans un état avancé d'atrophie, ne peuvent le plus souvent recouvrer leurs mouvements.

Quant au manuel opératoire, j'ai peu de choses à en dire. Il a été décrit d'abord par Nélaton et Laugier; puis mieux étudié, après eux, par Dubreuil, Tillaux, Létiévant, Falkenheim, Tillmanns, L. Wolberg, Chaput, Weissenstein, Assaky, Augagneur, Ebrmann, de Mulhouse (1).

Avant l'emploi de la méthode antiseptique, la suture des nerfs ne pouvait réussir, au point de vue du retour immédiat de l'innervation, que dans des cas tout à fait exceptionnels, parce que la suppuration et la névrite s'emparait presque toujours du nerf suturé. La réussite fréquente de cette opération date seulement de l'époque où les chirurgiens ont mis en usage les fils de catgut ou de soie phéniqués, le spray, le pansement de Lister.

(1) LAUGIER (Académie des sciences, 20 juin 1864).
DUBREUIL. *Suture des nerfs* (GAZETTE HEBDOMADAIRE, p. 124, 1865).
TILLAUX. *Des affections chirurgicales des nerfs*. Thèse d'agrégation, 1866 — COMPTES-RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, p. 1516, 1884. — 2me Congrès français de chirurgie, 1886.
LÉTIÉVANT. *Traité des sections nerveuses* Paris, 1873.
FALKENHEIM (INAUG. DISSERT. KŒNIGSBERG, 1881).
TILLMANNS (ARCHIV. F. KLINISCHE CHIR., t. XXVII, p. 1, 1882).
L. WOLBERG (DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. CHIR., p. 293-484-533. Band XVIII, 1883, et p. 82, Band XIX, 1884).
CHAPUT (ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 7e série, t. XIV, p. 205 et 333, 1884).
WEISSENSTEIN (MITTHEILUNGEN AUS DER CHIR. KLIN. ZU TUBINGEN, 1884).
ASSAKY. *Suture des nerfs à distance*. Thèse pour le doctorat. Paris, 1886.
AUGAGNEUR. *Les sutures nerveuses* (LA PROVINCE MÉDICALE, 9 avril 1887).
EHRMANN (de Mulhouse). *Suture secondaire du nerf radial* (REVUE DE CHIRURGIE, juillet 1887).

Pour la suture du nerf, les fils de catgut, fins et résistants, me semblent préférables aux fils de soie ou aux crins de Florence. Les premiers ont l'avantage de se résorber au bout de quelques jours, à un moment où la réunion du nerf est déjà solide. Les seconds (fils de soie et crins de Florence) restent dans le nerf à peu près indéfiniment, et peuvent devenir une cause d'irritation pour son tissu.

Une mince aiguille courbe, à pointe non lancéolée, est la plus convenable pour passer les fils. Beaucoup d'auteurs recommandent de faire porter la suture sur le névrilème seulement, sans traverser le tissu du nerf; c'est ce qu'ils appellent la *suture indirecte*. Mais la *suture directe*, qui fait passer le fil à travers le tronc du nerf, ne lèse pas assez les tubes nerveux pour avoir l'influence nuisible qu'on lui a attribuée.

D'ailleurs, que la suture soit directe ou indirecte, le point essentiel est de produire le moins de traumatisme possible dans la substance du nerf et de mettre en contact *bout à bout* sans interposition de tissu cellulaire ou de névrilème, les tubes nerveux que l'on a *soigneusement avivés*.

Pour un nerf du volume du médian, deux points de suture suffisent en général. Pour un nerf plus volumineux, trois points seront nécessaires. Si l'on croit devoir multiplier les points de suture, il vaut mieux employer la suture indirecte que la suture directe ou associer la suture indirecte à la suture directe.

Les fils doivent traverser les tronçons à 8 ou 10 millimètres de leur surface de leur section, afin que le nerf ne vienne pas à se déchirer, lorsqu'on serrera l'anse pour rapprocher les tronçons et former le nœud.

En outre, on évitera les tiraillements et la désunion du nerf, en immobilisant le membre dans une attitude propre à relâcher le tronc nerveux.

Par dessus le nerf suturé, les parties molles seront réunies par première intention et pansées avec toutes les précautions de la méthode antiseptique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de l'Estomac.

I. SUR LA GASTRO-SUCCORRHÉE, par le docteur REICHMANN (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1887, nos 12, 13, 14 et 16). — II. SUR LA SÉCRÉTION CONTINUE DE SUC GASTRIQUE, par le professeur RIEGEL (*Deutsche médic. Wochenschrift*, 1887, n° 29).

I. M. REICHMANN a entrepris de donner une description en règle d'une variété de trouble sécrétoire de l'estomac, dont il avait publié un premier exemple il y a environ cinq ans, sous le titre d'*Hypersécrétion du suc gastrique*, et un second, un an plus tard, sous celui de *Sécrétion continue du suc gastrique* (1). Des faits du même genre ont été publiés depuis par Schütz, Riegel, von der Velden, Javorski et Gluzinski. Leur nombre autorise à croire que l'anomalie de sécrétion signalée par Reichmann n'est pas absolument rare. Elle se traduirait d'ailleurs par un ensemble de caractères cliniques qui lui confèrent une physionomie spéciale; aussi Reichmann et Riegel ont-ils essayé de faire, pour ce syndrome, ce qu'on a

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1882, n° 44, et 1884, n° 6.

fait dans ces derniers temps pour d'autres états pathologiques du même genre, confondus jusqu'alors dans le groupe hétérogène des dyspepsies, de lui attribuer une sorte d'individualité propre.

Tout d'abord, Reichmann soulève une question de nosologie : S'agit-il, dans les faits visés par lui, d'une hypersécrétion de suc gastrique, dans le sens propre du mot? Il est impossible de l'affirmer pour la généralité des faits, étant donné que nous ignorons la quantité de suc gastrique sécrétée dans les vingt-quatre heures par l'estomac de l'homme, à l'état physiologique. Un point est hors de doute, c'est qu'on avait affaire, dans tous les cas en question, à une sécrétion gastrique anormale comme durée, continue, se poursuivant dans les intervalles des repas, contrairement à ce qui a lieu à l'état physiologique. En outre, dans un certain nombre de ces cas, l'hypersécrétion de suc gastrique était notoire, à en juger par l'abondance de ce suc dans le contenu de l'estomac. Partant de là, M. Reichmann propose de donner à cette anomalie sécrétoire la dénomination de gastro-succorrhée, qui ne préjuge pas la question de savoir si la quantité du suc gastrique sécrété dans un temps donné dépasse ou non la quantité normale.

Les cas de gastro-succorrhée observés par l'auteur se répartissent en deux groupes : ceux dans lesquels la gastrosuccorrhée était *périodique* ou *intermittente*, et ceux dans lesquels l'anomalie sécrétoire était *continue*.

a) Les observations de la première catégorie, au nombre de six, concernent deux jeunes filles hystériques, un homme de 26 ans qui réalisait un exemple d'hystérie masculine, un tabétique avec crises gastriques; enfin deux hommes (40 et 32 ans) dont la santé, dans l'intervalle des paroxysmes, ne laissait rien à désirer. D'où il résulte que la gastro-succorrhée périodique se présente tantôt à titre de symptôme d'une affection des centres nerveux (tabes, hystérie, neurasthénie), tantôt à titre de trouble fonctionnel idiopathique des nerfs sécréteurs de l'estomac.

Eu égard à la symptomatologie, les accès offrent une assez grande ressemblance avec la *gastroxynsis* de Rossbach (Voir GAZETTE MÉDICALE, 1885, n° 19, p. 224). Ils éclatent brusquement, sans prodromes, presque toujours le matin à jeun, préparée par des influences prédisposantes qui exercent une action délétère sur le système nerveux. Les manifestations de cette gastro-succorrhée paroxystique sont, par ordre de fréquence :

Les vomissements, qui ne manquent jamais, qui surviennent à jeun, ou peu de temps après un repas, et qui se répètent dans le courant de la journée. Les matières rendues à jeun sont constituées par un liquide incolore ou jaunâtre, parfois teinté en vert par la bile, ne contenant d'autres éléments morphologiques que des cellules épithéliales. Les matières vomies après un repas renferment des restes d'aliments presque intacts. La quantité totale de liquide rendue par les vomissements, dans l'espace de vingt-quatre heures, est de beaucoup supérieure à la quantité de liquide ingérée en boisson. Sa réaction est fortement acide; ses caractères chimiques et physiologiques sont ceux du suc gastrique. Le degré d'acidité de ce liquide varie de 0,08 à 0,4 %; c'est-à-dire qu'il est dans certains cas audessous du degré physiologique. La cessation des vomissements annonce la fin de l'accès, dont la durée moyenne est de vingt-quatre heures; quelquefois l'accès dure plusieurs jours de suite.

Le *pyrosis* et une *soif* démesurée ne manquent jamais, pendant le cours d'un accès.

Une douleur à la région de l'estomac (sensation de brûlure), de la céphalalgie, sont des manifestations habituelles, mais non constantes. La persistance des vomissements abat les malades, qui sont agités pendant les paroxysmes, ne peuvent rester en place, ont les traits profondément altérés.

b) Les cas de gastro-succorrhée continue, observés jusqu'ici par M. Reichmann, sont au nombre de 16; toutefois, la continuité de la sécrétion gastrique n'a été nettement établie que dans 6 de ces cas, dont 4 sont relatés sommairement par l'auteur.

Suivent des considérations sur la *pathogénie* de la gastrosuccorrhée continue. Voici comment Reichmann conçoit le mécanisme de ce trouble de sécrétion. Cette anomalie est l'expression d'une excitabilité accrue des fonctions sécrétoires de l'estomac et d'un trouble des fonctions mécaniques de cet organe. Ces perturbations fonctionnelles sont amenées, dans certains cas, par un séjour trop prolongé des aliments dans l'estomac. D'abord, l'activité sécrétoire de la muqueuse de cet organe dure autant que le contact des aliments. Peu à peu, avec la répétition incessante de cette excitation anormale comme durée, la sécrétion du suc gastrique persiste d'une façon continue. Dans d'autres cas, l'irritamentum qui sollicite la sécrétion du suc gastrique pendant l'état de vacuité de l'estomac n'est autre que la bile, qui reflue de l'intestin, par suite d'une insuffisance du pylore.

Mais, comme il existe des états morbides variés, où la bile se rencontre dans l'estomac, à jeun, sans que pour cela il s'établisse une sécrétion de suc gastrique, force est d'admettre que le développement de la gastro-succorrhée continue exige autre chose que le reflux de la bile dans l'intestin, qu'il faut, comme condition préalable, un état d'excitabilité accrue de l'appareil sécréteur de cet organe.

L'auteur discute ensuite les causes susceptibles de produire l'hyperacidité du contenu de l'estomac, qu'on a constatée dans certains cas de gastro-succorrhée continue. Puis il s'occupe des troubles de la digestion stomacale, qu'engendre cette anomalie sécrétoire. L'acidité persistante du contenu de l'estomac annihile l'action de la salive sur les matériaux amylacés de ce contenu; d'où accumulation d'une grande quantité d'amidon dans cet organe. D'autre part, contrairement à ce qui a lieu dans les circonstances physiologiques, la plus grande partie, sinon la totalité des principes albuminoïdes contenus dans la masse alimentaire, est digérée dans l'estomac et s'y accumule. Ces deux faits sont faciles à mettre en évidence sur le contenu de l'estomac, extrait de cet organe avec la sonde stomacale. On obtient ainsi un liquide d'un vert foncé, d'une acidité bien franche; l'analyse chimique y décèle facilement la présence de l'acide chlorhydrique et d'une grande quantité de peptones. Quand on abandonne ce liquide dans un vase, il se partage en deux couches superposées : l'une, l'inférieure, épaisse, d'une teinte grisâtre, est formée par de l'amidon ; la couche supérieure est habituellement verdâtre et, ni à l'œil nu, ni avec le microscope, on y peut découvrir des fibres musculaires ou d'autres particules d'une substance albuminoïde.

D'autre part, le séjour prolongé de la masse alimentaire dans l'estomac implique un trouble de l'activité mécanique de cet organe. Pour en rendre compte, on peut invoquer soit un épuisement de l'énergie contractile des tuniques musculaires de l'estomac, ou une sorte de contracture réflexe du

pylore, entretenue par l'excitation continue qu'exerce le contenu acide de l'estomac sur la muqueuse de cet organe. Quoi qu'il en soit de la valeur de ces deux hypothèses, un fait n'est pas contestable, c'est que le séjour prolongé des aliments dans l'estomac entraîne tôt ou tard la dilatation de cet organe. Riegel a interverti l'enchaînement de ces deux phénomènes; il admet que la gastrorrhée est, non la cause, mais une conséquence de la dilatation de l'estomac. A cette manière de voir, Reichmann objecte que, dans un certain nombre de cas de gastro-succorrhée, il a pu se convaincre de l'existence, au début de l'affection, d'une simple atonie de l'estomac, sans dilatation persistante, constatation qui a été faite par d'autres observateurs. Il n'est pas à nier d'ailleurs que la gastro-succorrhée peut s'ajouter à une dilatation préexistante de l'estomac, dilatation qui s'aggravera du fait de cette complication.

Relativement au rapport de filiation admis par Von der Velden, entre la gastrosuccorrhée et l'ulcère simple de l'estomac, Reichmann se contente de faire remarquer que les recherches de Rothschild, de Korcynski et de Jaworski établissent d'une façon irrécusable la fréquence de l'ulcère simple chez des personnes affectées de gastrorrhée avec hyperacidité du suc gastrique.

Le diagnostic est facile, quand on rencontre chez un même malade cet ensemble symptomatique, déjà signalé plus haut, et qui se compose des éléments suivants : exagération de l'appétit et de la soif, pyrosis, douleurs dans la région de l'estomac, régurgitations et vomissements. Mais il arrive que la gastro-succorrhée ne donne pas lieu à des symptômes caractéristiques. En ce cas, l'analyse du contenu de l'estomac, — évacué le matin à jeun, après que l'estomac a été lavé avec soin la veille au soir, et toute ingestion de substances alimentaires et de boissons ayant été suspendue dans l'intervalle, — peut seul fournir les éléments d'un diagnostic précis.

Quand ce trouble de sécrétion persiste un peu longtemps, il entraîne à sa suite de l'anémie et de l'amaigrissement à un degré très prononcé. En fait de traitement, Reichmann préconise le lavage de l'estomac avec des solutions alcalines ou chlorurées-alcalines, et avec des solutions de nitrate d'argent à 0,1 — 0,2 %; l'usage, en boissons, d'une eau minérale alcaline ou chlorurée-alcaline, l'administration interne du nitrate d'argent (1/2 à 1 1/2 grain dissous dans dix gouttes d'eau, le tout enrobé dans une capsule de gélatine). Alimentation azotée : lait, œufs, viandes blanches, potages au gruau et au lait; rationnement des liquides.

II. Une analyse détaillée du travail de Riegel nous entraînerait à des redites fréquentes. Sur un grand nombre de points, les deux auteurs sont en concordance de vues parfaite. Au sujet du trouble des fonctions sécrétoires de l'estomac, dont il vient d'être question, nous ne signalerons que deux points sur lesquels Riegel a insisté d'une façon spéciale.

C'est d'abord la fréquence relative de l'habitus cachectique, chez les sujets qui sont affectés de cette sécrétion continue de suc gastrique. L'état d'anémie, de maigreur, de prostration, dans lequel on les trouve, fait croire à première vue à l'existence d'un cancer. Une exploration attentive des malades, complétée par l'examen du contenu de l'estomac, investigation pratiquée d'après les règles susdites, permet de rectifier le diagnostic, au plus grand profit du malade.

M. Riegel avance, d'autre part, que la gastrorrhagie figure souvent parmi les antécédents pathologiques des sujets affectés de gastrosuccorrhée, qu'assez souvent même des hématémèses s'observent dans le cours de cette affection, preuve qu'il existe une ulcération à la surface de l'estomac. Précédemment Riegel avait signalé la fréquence de l'hyperacidité du contenu de l'estomac dans les cas d'ulcère simple de cet organe. Or, entre cette hyperacidité et la gastro-succorrhée continue, il n'y a qu'une différence de degré ; l'une et l'autre *prédisposent* au développement de l'ulcère simple, lésion qui reconnaît souvent pour cause *occasionnelle* un traumatisme.

E. Ricklin.

(A suivre).

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies des pays chauds (*Maladies des systèmes digestif et nerveux*), par le docteur Fernand Roux. Un vol. in-8° de 380 pages. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 1887.

M. le docteur Fernand Roux vient de nous donner la seconde partie de l'ouvrage que nous signalions l'an dernier à nos lecteurs sur les maladies des pays chauds. L'auteur s'occupe aujourd'hui des maladies du système digestif et de celles du système nerveux. Le premier groupe renferme une longue étude sur la dysentérie, dont l'auteur sépare, en faisant un chapitre à part, la dysentérie chronique ; une étude sur la diarrhée chronique et enfin un intéressant chapitre, et le plus détaillé, sur l'hépatite.

Le second groupe ne comprend que trois divisions : le coup de chaleur, le coup de soleil et la maladie du sommeil (Hypnosie). On le voit, contrairement à MM. Leroy de Méricourt et Ohet, M. Roux distingue le coup de chaleur de l'insolation simple, bien que ces deux facteurs morbides puissent combiner très fréquemment leurs effets dans un même cas, le plus fréquent sans doute. Mais les symptômes de l'insolation pure, sans élévation de la température du corps, ont été observée(1). Il suffit de citer le cas d'un individu qui a présenté les caractères de l'insolation simple pour s'être exposé aux rayons solaires, la tête découverte et le corps baignant dans de l'eau dont la température suffisait à abaisser celle du corps et dont la surface était couverte de plantes aquatiques arrêtant les rayons du soleil.

En face de l'intérêt et de l'originalité relative des volumes publiés par le docteur Fernand Roux, nous croyons devoir l'encourager à poursuivre et à compléter rapidement la publication de son ouvrage. Ses études nous semblent en effet destinées à éclairer d'un jour nouveau un grand nombre de points de la pathologie exotique, si peu étudiée et par contre si mal connue de la généralité des médecins de notre pays.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

De l'alcoolisme dans la Seine-Inférieure, par le docteur Alfred Tourdot. — Thèse de Paris, 1886.

Thèse très intéressante et très originale. Dans la première

(1) On pourra consulter sur ce sujet la thèse du docteur Cuvier (Bordeaux, 1886).

partie, l'auteur passe en revue les divers accidents causés par l'alcool sur les appareils et fonctions de l'économie; c'est un résumé exact et fidèle de tous les phénomènes morbides dus à l'alcoolisme.

Dans la seconde partie, qui constitue le véritable sujet de sa thèse, il étudie avec les détails les plus circonstanciés l'alcoolisme en Normandie, chez l'habitant des campagnes et chez l'ouvrier des villes. M. Tourdot n'a pas hésité, pour mieux se rendre compte des faits, à se mêler aux ouvriers du port de Rouen, à les suivre dans leurs assommoirs de prédilection, à examiner de près la qualité et la quantité de leurs liqueurs favorites, à en étudier sur lui-même les effets toxiques, bref à vivre véritablement de la vie de ces malheureux.

Aussi, quels tableaux frappants, dans leur émouvante simplicité! Il y a là des pages d'un réalisme effrayant. C'est du Zola et du meilleur, ou plutôt du Zola dans lequel l'idée médicale et humanitaire remplacerait la préoccupation incessante de l'obscénité. On ne m'en voudra pas, je pense, de reproduire ici quelques-uns de ces détails. Il est bon qu'ils soient connus de tous.

« Le débit ouvre ses portes à quatre heures et demie du matin en été, et à cinq heures en hiver. Il est rare qu'au bout d'une demi-heure, il ne soit pas rempli. La circulation y est active : ce sont d'abord les ouvriers ordinaires, qui prennent un ou deux petits verres de genièvre et se rendent à leur travail : le genièvre est de mode actuellement; puis les ouvriers du port qui demandent un ou deux *quarante* (petit verre d'eau-de-vie à 2 fr. le litre : il contient un vingtième de litre) quand ils ont six sous d'économie sur le salaire de la veille. Aux premiers, on sert de l'eau-de-vie dans des verres à « renache », c'est-à-dire des verres à parois épaisses et à fond conique; les seconds n'admettent pas ces trompe-l'œil : ils s'irritent, en veulent pour leur argent et disent que les verres à la renache sont bons pour les « caleux » (paresseux). S'ils ne possèdent qu'un sou, ils se contentent d'une « petite bonne », c'est-à-dire d'un petit verre d'un sou. Quelques-uns s'offrent le luxe du *fochsiné*, espèce d'eau-de-vie à 2 fr. 50 le litre, qui ne diffère de l'autre que par son degré alcoolique plus élevé (Le fochsiné tire son étymologie du nom du chef de la maison). On sait que presque tous les ivrognes traitent par l'ingestion d'eau-de-vie la plupart des accidents morbides, si nombreux, dont ils sont victimes le matin; ceux dont nous parlons arrivent au débit tourmentés par la céphalalgie, les crampes d'estomac et la sécheresse de la gorge, blêmes, étourdis, titubant, flageolant sur leurs jambes; tout leur corps est endolori. Ils se donnent de l'entrain en se conformant à la règle générale.

A six heures et demie, ils vont se faire embaucher pour les travaux sur le port. Souvent on leur distribue 50 centimes, prélevés sur le salaire de la journée qui va commencer, et à sept heures le débit se remplit une seconde fois. A ce moment, ils prennent un sou de café et deux sous d'eau-de-vie, doublent et triplent souvent cette ration. Au comptoir, les paroles consacrées sont : « Un, deux ». Cela veut dire : un sou de café et deux sous d'eau-de-vie.

La moitié environ des ouvriers de la grande et de la petite carue viennent encore passer dix minutes au débit entre neuf et dix heures et demie, sans changer la nature de leurs consommations : café et eau-de-vie. Ils y restent peu de temps, parce que ce moment compte comme heure de travail.

A midi, tous ceux qui travaillent à l'heure demandent et reçoivent un franc. Quatre à sept sous sont dépensés pour la nourriture, et le reste pour le café et surtout pour l'alcool. Entre une heure et deux heures, le bouge est évacué de nouveau; mais, entre trois heures et demie et quatre heures, ils se font donner dix sous comme le matin, et l'on assiste à une nouvelle pérégrination au comptoir de zinc. Alors, ils prennent « un bon coup de café bien consolé » et vont ensuite s'adonner à leur monotone labeur jusqu'à la fin du jour. A ce moment, un certain nombre d'entre eux exigent un ou plusieurs apéritifs : bitter, vermouth, absinthe, phonsot, etc. (Phonsot est dérivé d'Alphonse, prénom du débitant; il rappelle le goût du bitter, mais est plus amer et surtout plus alcoolique. Il est composé d'un produit chimique ajouté à l'alcool; il est vendu trois sous le petit verre. Au début, le débitant en fabriquait 10, 15 ou 20 litres à la fois. Actuellement, c'est par 1,000 litres qu'on le prépare).

Le repas du soir, comme celui du matin, est réduit à sa plus simple expression. A ce moment, c'est-à-dire entre six et huit heures du soir, il règne dans le débit de l'animation et une activité dévorante.

Les « soleils » ont quelque argent, et les « un-deux, les quarante » paraissent et disparaissent comme par enchantement. Il est curieux de les voir porter le verre à leurs lèvres, l'avaler d'un seul trait et terminer cette opération par un léger hochement de tête, signe de bonheur et de satisfaction. Plus tard, dans la soirée, ils vident leurs verres moins rapidement et prolongent leurs moments de plaisir; toutes les demi-heures environ, ils demandent une « consommation » .....

A certains jours, la cohue est plus grande que d'habitude; nous pouvons citer tout particulièrement le jour de la fête patronale du débitant et aussi celle de son fils, où chaque client reçoit quatre sous; le premier jour de l'an, où l'on sert gratuitement un petit verre à chaque individu présent, ce qui n'empêche pas de faire 800 francs environ; l'épiphanie, où il est distribué à chaque habitué, *suivant ses mérites*, un demi litre d'eau-de-vie, un litre de rhum ou de cognac, ou bien même quelquefois un bocal de prunes macérées dans l'eau-de-vie. A cette époque, c'est-à-dire le 7 janvier, l'encombrement est vraiment indescriptible; ils sont perchés les uns sur les épaules des autres. Ces habitudes existent pour beaucoup de débits, et tout particulièrement pour l'un d'eux, qui est, pour les femmes, le pendant de celui dont nous parlons pour les hommes.

Dans la soirée et dans la nuit, les rues sont encombrées de personnes des deux sexes qui se cramponnent à une rampe ou autre chose d'une main, et de l'autre tiennent la bouteille à la bouche; souvent aussi elles s'épuisent en efforts de vomissements.

Dans le débit des soleils, il est rare qu'on ne voie pas chaque soir 7 ou 8 femmes essoûlées, abruties, ne se parlant pas, fixées dans un coin comme des statues, les plus ivres soutenues par les autres qui leur servent de piliers; de temps en temps, elles vont chercher un verre d'eau-de-vie au comptoir, en disant quelquefois : « *Ah! mon Dieu, qu'elle est mauvaise, donnez-moi-z-en un verre* ». Les soleils sans travail peuvent rester toute la journée au débit, même sans boire, à la condition d'être calmes. Dans ce cas, ils extorquent un verre à leurs camarades occupés, de sorte qu'à la fin de la journée ils ont bu beaucoup plus que ceux-ci. Dès qu'ils ont vidé le verre qui leur a été offert, ils disent souvent : « Ah! en v'là encore un d'étouffé. »

Dr E. RÉGIS.

Sulfate de quinine et fièvre bilieuse hématurique de la Guadeloupe, par G. Gorron. — Thèse de Paris, 1886.

La fièvre à urines noires, ou ictéro-hémorrhagique, ou bilieuse hémorrhagique, ou bilieuse mélanurique, si bien décrite par Pellarin, est le dernier terme de l'intoxication paludéenne chronique. Fréquente à la Guadeloupe, dans le voisinage des marais mixtes (eau douce et salée), elle disparaît ou à peu près vers une altitude de 100 mètres. M. Gorron insiste sur le cachet héréditaire que semblerait avoir cette manifestation de l'impaludisme. Le tableau clinique débute par un frisson violent signalant le début de l'attaque, surviennent ensuite des urines sanglantes avec miction douloureuse, de l'anxiété précordiale, de la prostration, avec un cortège fébrile. Au bout de trente-six heures environ, apparaît un ictère généralisé. La marche de la bilieuse hématurique peut être continue, rémittente ou intermittente. Cette dernière forme est la plus favorable en ce qu'elle permet d'intervenir et qu'elle donne aux malades le temps de se refaire des pertes sanguines. La suppression brusque des urines est un signe fatalement mortel.

Le spécifique de cette affection est la quinine, bien qu'on la rende responsable des hématuries. Il est de fait, quoi qu'en aient pu dire Le Roy de Méricourt et Bérenger Feraud, que l'alcaloïde du quinquina peut amener, chez des individus prédisposés par le paludisme et par leur idiosyncrasie, une intoxication quinique, se traduisant par des pissements de sang assez difficiles à différencier de ceux qui appartiennent à la bilieuse hématurique.

Pour se mettre à l'abri de pareils inconvénients, il faut employer de petites doses fractionnées, et quoique nous comprenions assez difficilement la différence d'action du médicament sur le rein, qu'il ait été absorbé par le tube digestif ou par la voie hypodermique, ce dernier mode d'administration est tout spécialement préconisé par l'auteur.

Guérison spontanée des anévrysmes, par P. Bresselle. Thèse de Paris, 1886.

A l'occasion d'un cas de guérison spontanée d'anévrysme poplité, survenu chez un malade du service de M. Verneuil et dont l'observation a été communiquée par M. Verchère, l'auteur se livre à quelques études pour démontrer le bien fondé des conclusions auxquelles est arrivé M. Lefort dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*. Ce chirurgien, faisant justice des théories imaginées par Hodgson, Everard Home, Cowper, Crispi, Wardrop, n'admet de terminaison favorable que par la coagulation et l'organisation des caillots fibrineux du sac; que par l'inflammation moderée de la poche anévrysmale.

Les observations qui terminent le travail, pour si intéressantes qu'elles soient, ne sont qu'une réédition, aucune n'étant personnelle à l'auteur.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

L'incident d'Armentières. — *Circulaire du ministre de l'Intérieur.* — A la suite d'un conflit survenu entre un interne de l'asile d'Armentières et le directeur de cet établissement, les journaux du département du Nord signalèrent une série de faits plus ou moins scandaleux dont cet hospice aurait été le théâtre. Dès lors, rumeurs, émotion du public et enquête qui aboutit à la révocation de l'interne (la faute commise par ce dernier étant d'ailleurs des plus légères : il n'était pas rentré à l'heure réglementaire). L'enquête aboutit aussi aux conclusions invitant le directeur, M. le docteur Dubian : 1o A redoubler de vigilance; 2o à renoncer d'une manière absolue à l'usage des douches de punition; 3o à ne conserver aucun malade après guérison, pour quelque cause que ce soit.

Ce fait a provoqué la circulaire suivante, adressée par M. le ministre de l'Intérieur aux préfets :

« L'article 4 de la loi du 30 juin 1838 vous impose l'obligation de visiter périodiquement les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

« J'attache une grande importance à l'accomplissement de cette formalité légale et j'insiste auprès de vous d'une manière toute spéciale pour que vous vous y conformiez exactement. Plus vos visites seront fréquentes, plus sûrement sera atteint le but qu'a eu en vue le législateur en les prescrivant. Aussi me semble-t-il indispensable que vous en fassiez une au moins chaque trimestre. Pour que ces visites soient utiles, il importe qu'elles aient lieu à l'improviste. Je désire, d'autre part, que vous ne déléguiez à personne le soin d'y procéder en votre lieu et place.

« Vous en profiterez pour constater les conditions dans lesquelles se trouvent les malades. Vous recommanderez au directeur de vous signaler ceux qui sollicitent leur sortie de l'établissement afin d'écouter leurs réclamations, vous vous ferez fournir par le médecin toutes les indications qui vous seront utiles pour vous renseigner sur leur état, et, dans le cas où quelque doute subsisterait dans votre esprit sur la nécessité de leur maintien en traitement, vous ne devriez pas hésiter à prescrire une enquête médicale.

« Vous rappellerez, d'ailleurs, en tant que de besoin, aux médecins, que les douches ne doivent être prescrites que pour le traitement des malades et qu'ils doivent rigoureusement s'abstenir de les employer comme moyen de punition.

« Après chaque visite, vous m'adresserez un rapport dans lequel vous me rendrez compte de la tenue générale de l'établissement, des soins donnés aux malades et du résultat des enquêtes que vous aurez cru devoir ordonner à l'égard de tel ou tel malade.

« Il me paraît également indispensable d'appeler votre attention sur les mesures prises dans certains cas à l'égard des malades placés en observation dans les hospices. Je me réserve de vous adresser, s'il y a lieu, des recommandations spéciales au point de vue des conditions d'installation des cellules qui leur sont affectées, mais dès aujourd'hui je crois devoir vous signaler un mode de procédé regrettable qui m'a été indiqué comme se pratiquant dans certains départements : les malades seraient parfois transférés d'un hospice dans un autre avant d'être définitivement placés dans un asile spécial. Or, ces changements, qui peuvent ne pas être sans inconvénients, ne présentent tout au moins aucun avantage, et vous ne devez les tolérer que pour des raisons tout exceptionnelles.

« La question de la durée de la mise en observation est digne aussi de toute votre sollicitude. Il faut évidemment qu'elle soit suffisante pour permettre de constater l'état de celui qui est l'objet de la mesure, mais il importe, d'un autre côté, qu'elle ne se prolonge pas dès qu'une affection mentale est reconnue, afin que celui qui en est atteint reçoive sans tarder tous les soins que réclame son état et qu'il ne saurait trouver ailleurs qu'à l'asile même. »

— Choléra. — On mande de Catane que le nombre des cas et des décès continue de décroître en ville.

En province, la maladie se maintient stationnaire.

Le choléra, qui jusqu'à ces derniers jours avait épargné la ville de Naples, vient d'y faire irruption.

Une première dépêche annonce 7 cas en ville, dont plusieurs foudroyants, et quelques cas dans la banlieue. Il est d'ailleurs impossible d'avoir des chiffres exacts à ce sujet.

Ce nouveau pas du fléau a provoqué les mesures sanitaires suivantes :

Chypre.—Les provenances de la Sicile et des côtes méridionales de la Calabre, depuis Prizzo jusqu'à Cotrone, arrivant dans l'île de Chypre sans avoir subi de quarantaine dans un port intermédiaire, ne sont admises que dans le port de Larnaca, où elles ont à subir une observation de dix jours pleins.

Les marchandises susceptibles sont désinfectées, les chiffons repoussés.

Grèce. — Les provenances de Malte sont assujetties en Grèce à une quarantaine effective de onze jours.

Turquie. — Les provenances de Naples et de Malte sont soumises, à dater du 1er août, à une quarantaine de dix jours à faire dans les lazarets de Vallona, Smyrne, Beyrouth et Tripoli d'Afrique.

— Le JOURNAL OFFICIEL vient de publier la 94e liste de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur; elle s'élève à la somme de 13,479 fr. 60, ce qui donne un total à ce jour de 1,850,419 francs 39 centimes.

— SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — La Préfecture de police vient de publier la statistique du service médical de nuit, du 1er avril au 30 juin 1887. Le total des visites s'est élevé à 1,712, en augmentation de 112 sur le trimestre correspondant de 1886. L'arrondissement où le chiffre s'est trouvé le plus élevé est le 11e (201) et celui où il est le plus faible est le 1er (28). Les maladies observées ont été surtout les affections et troubles gastro-intestinaux, 131; accouchements, 173; affections cérébrales, 87; *delirium tremens*, 24; hémorrhagies, 72; fractures, 28; empoisonnements, 15; suicides, 14.

A l'arrivée du médecin, 51 malades étaient morts

R. F. D.

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — M. le médecin de 1re classe Dujardin-Beaumetz est nommé chef du service de santé au ministère de la guerre, en remplacement de M. le médecin inspecteur Baudoin.

M. le médecin inspecteur Baudoin est nommé membre du Comité consultatif de santé.

Ont été promus au grade de médecin-major de première classe. — (Choix). M. Linarès, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, en mission au Maroc, en remplacement de M. Blavot, décédé, a été maintenu à son poste.

(Ancienneté). M. Dubois, médecin-major de 2e classe au 47e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Bourilhon, retraité, a été désigné pour le 1er régiment d'infanterie.

(Choix). M. Brisset, médecin-major de 2e classe au 12e régiment de dragons, en remplacement de M. Malaval, retraité, a été désigné pour le 128e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe — (Choix). M. Courtois, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment du génie, en remplacement de M. Blot, décédé a été désigné provisoirement pour le 90e régiment d'infanterie

1er tour. — (Ancienneté). M. Uffoltz, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam, en remplacement de M. Linarès, promu, a été maintenu à son poste.

2e tour. — (Ancienneté). M. Coindreau, médecin aide-major de 1re classe au 15e régiment de dragons, en remplacement de M. Dubois, promu, a été désigné provisoirement pour le 138e d'infanterie.

(Choix). — M. Strabel, médecin aide-major de 1re classe au 33e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Brisset, promu, a été désigné pour le 137e d'infanterie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Meyer. Contribution à l'étude de la scarlatine hémorrhagique. — M. Gauvry. De l'action de l'eau chaude sous forme d'injections, sur l'utérus pendant la gestation et le travail de l'accouchement.

M. Durruty. Herpès oculaire. — M. Dutauzin. Contribution à l'étude de l'étiologie et des symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle.

M. Dentu. Essai sur une cause de rétention de membranes. — M. Monclar Viburnum prunifolium : Ses indications en obstétrique. —M. Sanchez. Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. — M. Toupet. Des modifications cellulaires dans l'inflammation simple.

M. Decoster. Traitement des végétations chez la femme enceinte. — M. Gonzalez. Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par calculs biliaires.

M. Lavergne. De la kératite interstitielle (Étude étiologique).— M. Bradley. Iodisme.— M. Barnard. Des plaies de l'intestin par armes à feu. — M. Piquard. Tarsalgie des adolescents. — M. Sutherland. Des fractures multiples complètes et incomplètes du sternum (poignée et corps) chez l'adulte et chez l'enfant.

M. Vallin. Prolapsus des ovaires. — M. Pacaud. De la conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine. — M. Loye. Recherches expérimentales sur la mort par décapitation. — M. Langlois. Contribution à l'étude de la calorimétrie directe chez l'homme.

Mme Veroudart. Des limites de la conservation après les traumatismes de la main.— M. Festal. Veines de l'orbite.— M. Faucillon. De l'intervention chirurgicale dans l'ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires.—M. Despagnet. De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée. — M. Muller. De la toux utérine.—M. Droubaix. Contribution à l'étude des hémorrhagies des capsules surrénales.— M. Toutut. Des gommes de la peau dans la syphilis héréditaire.— M. Impert. Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse.

M. Mathien dit Sicaud. De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë. — M. Bonrelly. De l'asphyxie locale des extrémités envisagée comme symptôme.—M. Cisterne. Des dermatoses simulées.

M. Malaingre. Histoire des épidémies de l'arrondissement de Chaumont.—M. Richard. Maladie de Puget.—M. Bataille. Traumatisme et névropathie.—M. Turbure. De l'uréthrite goutteuse. — M. Mory. De la mort apparente des nouveau-nés.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 31 JUILLET AU SAMEDI 6 AOUT 1887

Fièvre typhoïde 12.—Variole 3 — Rougeole 13 — Scarlatine 7. — Coqueluche 4 — Diphthérie, croup, 23 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 175.— Autres tuberculoses 29. — Tumeurs : Cancéreuses 38. — Autres 5. — Méningite 32 — Congestion et hémorr. cérébr. 26. — Paralysie 1. — Ramollissement cérébral 7.— Maladies organiques du cœur 44.— Bronchite aiguë 10. — Bronchite chronique 22. — Broncho-pneumonie 15. — Pneumonie 28 — Gastro-entérite : Sein 39. — Biberon 99. — Autres 12.— Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 20. — Sénilité 28. — Suicides 19. — Autres morts violentes 11.— Autres causes de

mort 136. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 868 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Guide de l'étudiant en médecine et du médecin praticien, contenant les règlements administratifs concernant : les aspirants au doctorat et à l'officiat, les étudiants étrangers et les étudiants des Ecoles secondaires, les concours des Facultés, des Ecoles et des hôpitaux, les services d'aliénation mentale, le service militaire des étudiants, les Ecoles de médecine militaire et navale, les services médicaux dépendant des administrations publiques et privées, par le docteur Paul Podet, médecin-inspecteur des Ecoles de Paris, officier d'Académie. Un volume in-18 cartonné de 500 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon. — Ce volume fait partie de la « Bibliothèque médicale de poche. »

De l'exercice et des troubles de la parole et du langage, étude psycho-physiologique, par le docteur Ferrand. In-8, avec une planche. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Vevey. — Station climatérique. Notice médicale sur le climat et la cure de raisin, par le docteur Henri Martin, médecin à Vevey. Une brochure in-18 de 20 pages. — Librairie B. Benda, Emile Schlesinger, successeur, à Vevey (Suisse).

Eléments de médecine suggestive. — Hypnotisme et suggestion. — Faits cliniques, par MM. les docteurs J. Fontan, médecin principal de la marine, professeur à l'Ecole de Toulon, et Ch. Ségard, médecin de première classe, chef de clinique à l'Ecole de Toulon. Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traitement des raideurs articulaires fausses, ankyloses, au moyen de la rectification forcée et du massage, par le docteur G. Norstrom. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Célibat et célibataires, par l'auteur du « Mariage », vient de paraître à la librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, en un volume in-18 de 542 pages. Analyse vivante, physiologique et psychologique de cette vie anormale des deux sexes mettant en évidence ses causes occultes, mystérieuses, ses mobiles secrets, cachés, ses avantages et ses dangers. Huit variétés en sont distinguées du plus vrai. Le célibat religieux, au plus faux, le pseudo-célibat. De là ses rapports forcés avec l'onanisme, la prostitution et le concubinage et les maladies physiques et morales en résultant. Des mesures sont indiquées pour combattre cette lèpre sociale et une hygiène spéciale pour en prévenir les conséquences.

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine, par le docteur Odent. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

L'eau et les bactéries, spécialement les bactéries typhogènes, par M. le docteur J. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille. — Paris, G. Masson, 1887.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Eloi (de Montpellier).

GOÎTRE KYSTIQUE ; MALADIE DE BASEDOW ; GUÉRISON, par M. le professeur DUBRUEIL.

J'ai à vous parler aujourd'hui, messieurs, d'un cas fort intéressant que vous venez d'avoir sous les yeux, d'un cas de goître exophthalmique.

Le sujet est un jeune homme de 22 ans, né dans un village des Pyrénées-Orientales, qu'il a toujours habité. Il est dans une situation aisée, se nourrit convenablement et cultive la propriété de son père, sans jamais se livrer à des travaux excessifs.

Il n'y a jamais en de goîtreux dans sa famille ; il est lui-même vigoureusement constitué et a continué à travailler jusqu'au jour où il est entré dans nos salles (14 mars 1887).

C'est à l'âge de 20 ans qu'il s'est aperçu pour la première fois que son cou commençait à grossir ; la grosseur était en avant et à droite. La tuméfaction a toujours été en croissant et, à l'âge de 21 ans, il a été exempté du service militaire comme atteint de goître. Il n'éprouvait du reste ni dyspnée, ni gêne de la déglutition, et jamais il ne s'est aperçu qu'il eût des palpitations.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, voici ce que nous avons constaté : An niveau de la partie antérieure et droite du cou, à la hauteur du corps thyroïde, existe une tumeur à peu près sphérique de la grosseur d'une assez forte pomme. Elle est recouverte par une peau normale, présente une fluctuation manifeste et une consistance assez molle, sauf à la partie inférieure, où la palpation permet de constater l'existence d'une partie dure. La tumeur est soulevée par les battements de la carotide qu'elle recouvre, et n'est le siège d'aucune pulsation propre, ni d'aucun bruit de souffle ; elle repousse légèrement le larynx à gauche.

La physionomie du malade présente quelque chose d'insolite ; on ne tarde pas à s'apercevoir que cet aspect étrange est dû à la saillie des globes oculaires, saillie qui aurait été remarquée pour la première fois il y a deux ans par l'entourage du malade. Les pupilles sont dilatées, surtout la droite. Les paupières se meuvent normalement et la vue est très bonne.

Le pouls radial est très fréquent ; on compte 120 pulsations à la minute.

La température est normale. En examinant le cœur, on voit que l'impulsion cardiaque est exagérée. Au premier temps et à la pointe, on perçoit un souffle doux.

Il n'y a à noter aucun phénomène anormal du côté de la sensibilité ou de la motilité, ni aucun trouble psychique.

Vous l'avez compris, messieurs, le diagnostic n'était pas douteux ; nous étions en présence de cette trilogie morbide

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite et fin. — Voir les numéros 32 et 33.

V. Avec quelle tendre sollicitude la famille de Constant Saucerotte veille sur la mémoire de ce regrettable médecin qui, dans son recoin provincial, dans une petite sous-préfecture de l'Est, à Lunéville, a su vivre d'une vie intellectuelle si active, et ajoutons si féconde ! Médecine, histoire naturelle, hygiène, philosophie, romans, économie politique et sociale, histoire, biographie, littérature, Constant Saucerotte a abordé ces diverses catégories des sciences humaines et toujours avec talent, érudition et bon sens. N'avons-nous pas là un exemple frappant de ce que peut l'énergie morale, la vigueur d'un esprit de haute volée emprisonné en apparence dans un espace restreint ? Ses travaux ne sont-ils pas là pour témoigner de la possibilité d'études sérieuses, soutenues, dans des conditions qui paraissent si défavorables ? Et combien nous comprenons que son fils, le docteur Tony Saucerotte, que sa famille tout entière ait tenu à honneur de publier, sous forme d'œuvres posthumes, les derniers travaux de ce consciencieux pionnier !

L'an dernier, nous signalions déjà le livre intitulé *l'Esprit de Montaigne* Cette année, on nous donne mieux encore, car il s'agit, d'une œuvre plus personnelle. Il s'agit d'un petit volume des plus curieux sur le rôle des *Médecins pendant la Révolution* (1).

« Quand, après cinquante-sept ans de labeurs, lisons-nous dans la préface, l'auteur de ce travail, vaincu par le retour inattendu de longues souffrances, laissa tomber sa plume, il mettait une dernière fois la main à l'œuvre que nous publions aujourd'hui.

Ceux qu'il a laissés après lui n'ont point voulu ensevelir dans l'oubli ce dernier hommage rendu à une profession qui avait été l'honneur et l'intérêt de sa vie, ce témoignage d'une infatigable ardeur au travail qui avait résisté aux atteintes de l'âge et de la maladie. »

Nous ne chercherons pas à analyser cet ouvrage si riche en

(1) Un volume in-18. Paris, 1887, librairie Perrin.

composée du goître, de l'exophthalmos et des troubles cardiaques, qui est connue en pathologie sous le nom de maladie de Basedow, dénomination à laquelle, si l'on voulait être juste, il faudrait substituer celle de Parry-Graves, du nom des auteurs qui l'ont signalée avant Basedow.

Je vous ferai remarquer en passant que le goître de la maladie de Basedow est d'ordinaire un goître parenchymateux et non pas un goître kystique, bien que la forme kystique ait été signalée quelquefois.

Le malade ne se préoccupait pas du tout des phénomènes cardiaques qu'il présentait; il ne les soupçonnait même pas; la saillie de ses yeux n'était pas non plus pour lui un motif sérieux d'inquiétude, mais il n'en était pas de même pour le goître. Craignait-il qu'il ne grossisse au point de compromettre son existence? Était-ce en tant que difformité que la tumeur le chagrinait? Je ne sais, mais toujours est-il qu'il demandait avec insistance d'en être débarrassé.

Je me décidai à céder à ses désirs et à attaquer le kyste, sauf à lui prescrire ensuite un traitement dirigé contre la maladie elle-même, traitement sur l'efficacité duquel je ne fondais pas grande espérance.

Pour le kyste, j'avais le choix entre le drainage, les injections irritantes, l'incision ou l'excision suivie de suppuration, et enfin l'énucléation.

Le drainage, l'incision, l'excision, me paraissent des moyens dangereux, en raison de la longueur de la suppuration qu'ils entraînent, et pendant toute la durée de laquelle le malade reste exposé aux accidents septicémiques et pyohémiques.

Je me rappelle avoir vu traiter par le drainage une femme qui, il est vrai, a fini par guérir, mais qui, à un moment donné, a été à deux doigts de la mort.

L'injection iodée a le double tort d'être quelquefois dangereuse et de n'être pas toujours efficace. Elle peut être dangereuse, parce que l'inflammation qui se développe sur la paroi kystique peut se propager au parenchyme thyroïdien, produire une thyroïdite et déterminer des accidents d'asphyxie. Ce que je vous dis là n'est pas une vue de l'esprit. J'ai soigné dans le temps à l'hôpital Beaujon une jeune femme atteinte d'un kyste du corps thyroïde, à laquelle on avait, en ville, fait une injection iodée dans le kyste; il en était résulté un gonflement considérable du corps thyroïde avec compression de la trachée, si bien que lorsque la malade nous fut apportée, elle était sous le coup d'une asphyxie imminente. Je fus assez heureux pour conjurer les accidents en pratiquant sur la ligne médiane une longue incision pénétrant au corps thyroïde, et grâce à laquelle il cessa d'être bridé par les muscles sous-hyoïdiens et put se développer en avant. La trachée ne fut dès lors plus comprimée et la malade se rétablit. Vous comprendrez sans peine que ce fait m'a inspiré une certaine crainte des injections iodées. J'avais en outre une autre raison pour laisser cette médication. Sur une certaine étendue, la paroi kystique présentait une induration manifeste, et il était évident qu'à ce niveau tout au moins la paroi ne reviendrait pas sur elle même. Je me décidai donc à pratiquer l'énucléation, opération qui depuis quelque temps a notablement gagné du terrain, soit qu'elle s'adresse aux kystes, soit qu'on l'applique aux tumeurs solides du corps thyroïde. Mais avant d'en venir à cette opération, je voulus m'assurer à l'aide d'une ponction de la nature du contenu de la poche. Le 23 mars, je ponctionnai le kyste avec le trocart le plus volumineux de l'appareil de Potain. Je vidai la tumeur, et j'obtins ainsi deux cents grammes d'un liquide brunâtre, couleur café, d'une densité de 1,020, contenant une forte proportion d'albumine, des leucocytes et des hématies.

La grosseur était affaissée, mais la partie indurée que j'ai signalée à sa partie inférieure n'avait subi aucune modification. Dès le lendemain, le liquide avait commencé à se reproduire, et le 29 la tumeur était à peu près revenue au volume qu'elle avait avant la ponction. Ce jour-même, je fis l'énucléation.

Le malade fut couché, très légèrement anesthésié, et je pratiquai au bistouri une incision parallèle à l'axe du corps portant sur la portion la plus saillante de la tumeur et la dépassant en haut et en bas.

J'incisai les tissus couche par couche jusqu'à ce que je fusse arrivé au niveau du kyste, dont je disséquai la partie antérieure et que je cherchai à énucléer. Cette dernière manœuvre présentant une certaine difficulté, je ponctionnai la poche, la vidai, et il me fut alors facile, à l'aide de quelques coups de bistouri, d'enlever le kyste en totalité.

Je m'aperçus que l'induration que j'avais constatée à la partie inférieure de la tumeur était due à des incrustations calcaires déposées en ce point sur la paroi interne du kyste. Je n'avais, pendant la dissection, intéressé aucune artère importante. Les artérioles qui avaient été sectionnées furent liées ou tordues,

---

documents. Le signataire de ces lignes aura d'ailleurs sans tarder à y revenir en le mettant largement à contribution pour le chapitre consacré aux hommes politiques dans la série des *Étoiles doubles de la médecine*. Contentons nous d'indiquer la division du travail de Saucerotte. Il débute par un aperçu indiquant les sentiments dans lesquels la Révolution à son début trouva les médecins. Le rôle de ceux de nos confrères qui furent appelés dans les Assemblées révolutionnaires, Constituante, Législative et Convention, forme l'objet d'une seconde partie. Vient ensuite un chapitre sur le rôle et la situation des médecins en dehors des fonctions politiques et sur leur conduite dans les armées. Une quatrième partie s'occupe des médecins pendant la Terreur. Cent quatre médecins seulement furent *suppliciés* durant le régime terrorien et notre corporation « fut celle qui, dans l'ordre du tiers, eût le moins à souffrir des immolations sanglantes de la Terreur. Appelés à soigner des hommes dans tous les partis, dans toutes les conditions, nos confrères s'étaient faits des obligés dans tous les camps.

Connaissant mieux que personne les besoins de leurs clients, ils servaient d'intermédiaires ou de trait d'union entre les classes. Aussi voit-on, au fort même de la tourmente, des praticiens qu'on pouvait regarder comme suspects eu égard aux fonctions qu'ils avaient remplies à la cour ou pour d'autres motifs, être appelés, grâce à la réputation dont ils jouissent, auprès de notabilités du parti révolutionnaire. Tel Barthez, qui avait publié en 89 une brochure où il se montrait peu favorable à la séparation des trois ordres, et qui, émigré à l'intérieur, avait fui Paris pour se réfugier dans le Midi. On avait besoin les uns des autres, et il s'établissait comme un accord tacite entre d'anciens adversaires, quelque chose d'analogue à la convention de Genève pendant la guerre. Ainsi on ne voit pas que les sommités médicales du temps, les Portal, les Pelletan, les Sabatier, les Deschamps, les Jeanroi, etc., protégés par le respect public et la reconnaissance de leurs clients, aient eu maille à partir, sauf dans quelques circonstances exceptionnelles, avec les Comités révolutionnaires. »

Le chiffre des émigrés dépasse de beaucoup le chiffre des exécutés : 328 médecins et 540 chirurgiens quittèrent en effet la France ou furent portés sur la liste des émigrés, « soit qu'ils eussent été compromis dans les événements (sièges de Toulon, de Lyon, etc.), soit qu'ils eussent voulu se mettre à l'abri des dangers qui les menaçaient. C'étaient, pour la plupart, des émigrés de la seconde

et je rapprochai les deux lèvres de la plaie par deux points de suture : l'un profond, l'autre superficiel, après avoir placé dans le fond un drain qui ressortait aux deux extrémités. La plaie fut pansée à l'iodoforme.

L'opération fut suivie d'une certaine réaction. Le jour même et le surlendemain, la température monta à 39° ; elle ne tarda du reste pas à revenir à la normale.

La plaie, pansée à l'iodoforme, a mis assez longtemps à se cicatriser, et ce n'est guère qu'à la fin du mois d'avril que la cicatrisation a été achevée.

A dater du 31 mars, le malade fut soumis à l'administration de la teinture de digitale portée à la dose de 30 gouttes par jour. Le 15 avril, on commença à lui administrer des douches froides.

Peu à peu, nous pûmes constater que le pouls perdait graduellement de sa fréquence. Le 20 avril, il était tombé à 80 pulsations et n'est jamais remonté au-delà pendant le reste du temps que le malade a passé à l'hôpital.

Parallèlement, nous avons vu diminuer la saillie des globes oculaires et la dilatation des pupilles. L'exophthalmos avait à peu près complètement disparu. L'impulsion cardiaque était devenue moins énergique, mais le bruit de souffle persistait.

Je n'ai pas l'intention, messieurs, d'insister ici sur la maladie de Basedow, qui est considérée comme du domaine de la médecine plutôt que de celui de la chirurgie.

Vous savez que, symptomatiquement, elle est constituée par trois phénomènes principaux : exophthalmos, tumeur du corps thyroïde, palpitations, auxquels viennent souvent s'ajouter d'autres symptômes du côté du système nerveux, entr'autres des tremblements et des troubles psychiques. Je vous fais grâce des nombreux traitements qui ont été employés. A l'actif de chacun d'eux, vous pourrez voir cités quelques succès ; mais, si l'on publiait la liste des insuccès, vous ne tarderiez pas à voir que leur nombre est infiniment plus considérable. Aujourd'hui, c'est à l'électricité qu'on semble accorder la préférence. Onimus se sert des courants continus ; il applique les phores de chaque côté du cou au niveau des ganglions cervicaux supérieurs.

Vigouroux emploie alternativement les courants continus et les courants interrompus ; il commence par ces derniers et applique le pôle positif derrière le cou. Quant au pôle négatif, il est placé cinq minutes sur la région carotidienne et cinq minutes sur la tumeur du corps thyroïde. Pour le courant galvanique, il place le pôle positif sur la région précordiale et le pôle négatif à la nuque.

Je ne voudrais pas, messieurs, vous décourager ; mais, si je m'en rapporte à ce que j'ai vu, je me sens porté à ne pas avoir une énorme confiance dans l'emploi du traitement électrique.

La digitale et l'hydrothérapie que vous m'avez vu administrer à mon malade ont-elles en une part dans sa guérison, car on peut le considérer comme à peu près guéri ? J'en doute.

Mais alors à quoi l'attribuer ? Certes le kyste a été manifestement guéri par l'intervention chirurgicale, mais à quoi devons-nous rapporter la diminution considérable de l'exophthalmos, de la dilatation des pupilles et de la fréquence des pulsations ? Je livre ce sujet à vos méditations ; mais je vous ferai observer que ce n'est pas la première fois qu'on a vu, après une opération heureuse dirigée contre la tumeur thyroïdienne, les autres phénomènes de la maladie de Basedow s'amender et disparaître. Le premier fait a, si je ne me trompe, été observé par Ollier, qui, après la cure d'un goître kystique, vit disparaître les phénomènes de la maladie de Basedow.

Depuis, Tillaux, sur deux malades chez lesquels il a pratiqué la thyroïdectomie, a également constaté la guérison des autres phénomènes qui constituent la maladie en question.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS D'HÉMORRHAGIE BULBAIRE,

par M. A. DUTIL, interne des hôpitaux.

Le 4 octobre 1886, entrait à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Constantin Paul, suppléé par M. le docteur Oulmont, le nommé D... (Vincent), âgé de 53 ans, exerçant la profession d'employé comptable.

Cet homme, qu'on apportait sur un brancard, avait été frappé deux jours auparavant d'une attaque d'apoplexie, avec perte de connaissance. Au sortir de cette attaque, il était resté paralysé du côté droit, incapable de marcher et de se tenir debout.

Ce malade répondait assez mal aux questions qu'on lui adres-

---

sérié ou par force majeure : disons mieux, des proscrits. On n'en voit guère quitter le sol de la patrie dès le début, par point d'honneur, ou par haine de la Révolution, comme le fit une partie de la noblesse, convaincue qu'on ne terminerait nos discordes civiles qu'en invoquant l'appui de l'étranger, « fournissant ainsi aux ennemis de la monarchie le plus irritant des griefs. » (De Lescure). Il ne serait donc pas juste de confondre, ainsi qu'on le fit alors, avec les émigrés belligérants des fugitifs malgré eux, ne réclamant que le droit légitime d'échapper aux jacqueries, aux proscriptions, à l'échafaud. »

La cinquième partie du livre de C. Saucerotte a trait à la situation des médecins sous le Directoire. Aucun de nos confrères ne figure parmi les déportés de fructidor ; mais quelques-uns (Cadet, Duhem, Lacoste, Levasseur, Leroux, Taillefer) furent compromis dans les insurrections de prairial et de vendémiaire, l'une républicaine, l'autre royaliste. Les médecins qui siégeaient à la Convention et qui avaient été exilés ou s'étaient enfuis, rentrés en France à la faveur de l'amnistie, y reprirent la plupart l'exercice de leur profession. On ne compta guère dans nos rangs, ajoute Saucerotte, de ces faux Brutus réconciliés, comme tant d'autres, avec le pouvoir monarchique qu'ils encensent, et dont Quinet a dit : « à peine ces hommes de fer ont-ils senti la verge, que les voilà les plus souples des fonctionnaires de l'empire. » (*La Révolution*, t. II.)

Enfin, dans la dernière partie consacrée aux intérêts professionnels en face de la Révolution, l'auteur démontre qu'à part les avantages résultant de l'impulsion communiquée à l'enseignement et aux progrès des connaissances médicales, nos intérêts professionnels ne gagneront pas autant qu'on pourrait le croire à l'intervention de nos confrères dans les affaires publiques, et en particulier à leur apparition dans les assemblées législatives. « Hommes politiques avant tout, dit Saucerotte, ils semblent, dans ce nouveau milieu, perdre de vue la science à laquelle ils doivent leur importance personnelle ou se montrer indifférents à ses destinées. »

Et ce petit volume si intéressant, si instructif, si bourré de faits, se termine par ces lignes : « Que par l'étendue et la variété de leurs connaissances, les médecins constituent, comme on l'a justement dit, le groupe social dans lequel le niveau moyen de la capacité intellectuelle est le plus élevé, c'est ce que l'on ne saurait contester. Il nous reste à souhaiter que, conformément au vœu

sait ; non pas qu'il fut aphasique, mais on s'apercevait bientôt, en l'écoutant parler, d'un certain désordre dans ses idées. Ses souvenirs étaient confus, ses réponses jamais précises. Il put cependant nous donner sur ses antécédents morbides quelques renseignements qui furent d'ailleurs confirmés par l'enquête que nous fîmes auprès des personnes de son entourage.

Depuis longtemps, cet homme se livrait aux pratiques quotidiennes de l'alcoolisme chronique : vin blanc le matin, absinthe avant les repas, café et cognac deux fois par jour. Néanmoins, il n'avait jamais eu de maladie grave. Malgré ses habitudes d'intempérance, il avait gardé jusqu'à l'année dernière une santé parfaite. Il n'était pas syphilitique.

Dans les premiers mois de l'année 1885, il se plaignit de maux de tête violents, mais passagers; puis il eut de temps à autre des étourdissements : tout à coup sa vue se troublait, il éprouvait un sentiment de malaise, de vertige. Cela durait quelques secondes et puis tout rentrait dans l'ordre. En décembre 1885, il eut « un étourdissement plus fort que tous les autres » ; cette fois, il perdit connaissance, et lorsqu'il revint à lui, il était paralysé des quatre membres et de la face. Mais cette paralysie disparut rapidement. Huit jours après cette attaque, le malade était complètement rétabli et pouvait sans difficulté reprendre la conduite de ses affaires. De cet incident, il ne lui était resté qu'un léger affaiblissement de la mémoire.

Le 2 octobre 1886 au matin, deux jours avant son entrée à l'hôpital, un an environ après le premier ictus apoplectique, D... s'affaissa subitement sans connaissance. Quand il reprit ses sens, au bout d'une heure, il était paralysé du côté droit. Transporté à l'hôpital le surlendemain, 4 octobre, nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Chez ce malade, grand, robuste, au teint coloré, couché en décubitus dorsal, on constate dès l'abord une paralysie *des membres* supérieur et inférieur *du côté droit* et une paralysie de *la moitié gauche de la face. Cette hémiplégie alterne* présente les caractères suivants :

La *paralysie faciale* est complète et totale, portant à la fois sur le facial inférieur et l'orbiculaire. Toute la moitié gauche du visage est comme aplatie; les rides du front, le sillon naso-génien sont effacés; la commissure labiale du côté gauche est abaissée et la bouche, dans son ensemble, est entraînée fortement vers la droite.

Tout mouvement volontaire de la joue gauche est impossible.

Si l'on dit au malade de fermer les yeux, l'œil gauche reste grand ouvert et la paupière supérieure, en dépit des efforts du patient, s'abaisse un instant de quelques millimètres à peine pour reprendre aussitôt sa position élevée.

La langue est tirée, droite; tous ses mouvements s'exécutent bien.

La sensibilité de la peau de la face est normale.

Les membres du côté gauche ne présentent rien d'anormal à noter; la motilité et la sensibilité y sont intactes. Il n'en est pas de même des membres du côté droit.

Il existe une paralysie évidemment incomplète, mais très évidente, des membres supérieur et inférieur droits. Le malade déclare qu'au sortir de son attaque, la paralysie était absolue, mais qu'elle s'est améliorée depuis. Il peut en effet élever le bras, soulever la jambe au-dessus du plan du lit, mais c'est par un effort énergique, soutenu, qu'il y parvient. Encore ces déplacements ne s'accomplissent-ils que lentement et d'un trait irrégulier. Le serrement de main est de beaucoup plus faible à droite qu'à gauche. La station debout est impossible. Il n'y a pas de modification appréciable du réflexe rotulien du côté droit.

La sensibilité cutanée est également intéressée dans les membres du côté droit et la moitié correspondante du tronc. On y constate en effet une diminution très nette de la sensibilité au contact, à la piqûre et au froid. Cette hypesthésie ne s'étend pas à la face; la muqueuse pituitaire, la muqueuse buccale, ont conservé leur sensibilité générale et spéciale, aussi bien à droite qu'à gauche.

Indépendamment de cette hémiplégie alterne (paralysie totale du facial gauche, paralysie et anesthésie incomplètes des membres du côté droit), il existe encore une *paralysie localisée aux deux muscles droit externes*, abducteurs des globes oculaires. Cette double paralysie s'affirme par les signes suivants :

Lorsque le sujet regarde droit devant lui, on constate tout d'abord un léger degré de strabisme convergent.

Les mouvements, soit d'élévation, soit d'abaissement du regard, s'exécutent librement. Mais, lorsqu'on invite le malade à regarder à droite ou à gauche, à promener son regard dans le plan horizontal, il ne peut y parvenir; le globe oculaire du côté indiqué n'exécute pas la rotation en dehors, et son congénère ne se place pas non plus en adduction. Les axes antéro-postérieurs des deux yeux restent donc dans des plans antéro-postérieurs et à peu près parallèles.

Ainsi donc, quand le malade s'efforce de regarder à droite, par exemple, non seulement l'œil droit ne se déplace pas en dehors, mais encore l'œil gauche ne subit aucune déviation en dedans. Cependant, les adducteurs ne sont nullement paralysés, car lorsqu'on ordonne au patient de regarder son nez, le mouvement de convergence ou d'adduction simultané des deux globes oculaires se produit sans aucune difficulté.

---

formé par Sainte Beuve, nos législateurs-médecins se recrutent plus souvent dans *les sommets* de la profession, sans se renfermer dans le cercle étroit des préoccupations politiques d'un jour. »

Puisse un prochain avenir réaliser ce souhait suprême et permettre aux médecins qui seront appelés dans nos futures Assemblées de consacrer toute leur énergie à la cause des réformes hygiéniques qui, en assurant aux peuples la santé physique, lui garantirait cette virilité morale qui constitue la vraie force d'une nation !

Nous ne pensons pas pouvoir mieux terminer que par ce vœu notre rapide analyse d'un livre patriotique, dernière œuvre d'un médecin patriote, enfant de la Lorraine.

Dr Albertus.

— L'ouverture des concours pour l'internat et l'externat des hôpitaux de Lyon aura lieu les 10 et 25 octobre 1887.

Le nombre des internes à nommer est de douze, celui des externes sera fixé d'après les besoins du service au moment de l'ouverture du concours.

— Un concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie de 3e et de 4e année en fonction dans les hôpitaux et hospices, aura lieu le jeudi 1er décembre 1887, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration.

Ce concours est facultatif. Deux bourses de voyage, de 3.000 fr. chacune, seront attribuées : la première à l'interne qui obtiendra la médaille d'or et la deuxième à l'interne qui obtiendra la médaille d'argent.

La première bourse sera attribuée à l'interne médaillé d'or en remplacement de l'une des deux années supplémentaires accordées par le règlement.

Les élèves qui désireront prendre part au concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'Administration, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Dans la vision des objets un peu éloignés ou bien placés dans les plans latéraux du champ visuel, le malade voit double. Cette diplopie est homonoyme et latérale. L'acuité visuelle est bien conservée; la rétine est intacte des deux côtés.

En résumé : hémiplégie alterne du facial gauche et des membres du côté droit (avec anesthésie incomplète de ces derniers); paralysie des deux nerfs de la 6me paire.

Dans les jours qui suivirent, la paralysie des membres du côté droit s'amenda rapidement; l'anesthésie disparut d'abord, la parésie musculaire ensuite.

Le 7 octobre, la sensibilité était complètement rétablie, et c'est à peine si l'on pouvait saisir une légère différence entre les membres droits et gauches au point de vue de l'énergie des contractions musculaires.

Quant à l'hémiplégie faciale et à la paralysie des droits externes, elles persistèrent l'une et l'autre complètes, absolues.

Le 9 octobre, agitation, délire, loquacité. La température restant normale, on met ces accidents sur le compte de l'alcoolisme; rien au cœur. Congestion aux bases pulmonaires. Le pouls bat 108 fois à la minute.

Les 10, 11 et 12, même état. Température normale.

Le 13, l'agitation délirante fait place à un abattement, à une prostration voisine du coma; la congestion pulmonaire des lobes inférieurs est très accentuée; le pouls est à 120. Température axillaire : 37o,5, 37o,6. Pas d'albumine dans les urines. Le soir, la respiration s'embarrasse et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Le *crâne* et la *dure-mère* ne présentent rien d'anormal.

Le liquide céphalo-rachidien, peu abondant, a sa coloration normale.

La *pie-mère* encéphalique est très congestionnée; les veines en sont turgides et sa trame présente sur certains points une vascularisation telle qu'elle prend une teinte rouge foncé uniforme. Il n'y a cependant pas d'extravasations sanguines. La pie-mère n'adhère que très faiblement à la surface des circonvolutions; on peut l'en détacher aisément et sans entraîner avec elle de lambeaux de substance cérébrale.

L'examen histologique de fragments de la pie-mère tendus sur une lame de liège, plongés dans l'alcool à 90o et colorés au picrocarmin, a montré qu'il n'y avait pas trace de méningite.

Cerveau. — La congestion de l'écorce cérébrale est aussi très prononcée; piqueté hémorrhagique, plaques hortensia disséminées sur la convexité des hémisphères. Rien autre.

Les coupes des deux hémisphères ont été pratiquées suivant la méthode de Pitres : aucune lésion ni du centre ovale, ni de la capsule, ni des noyaux du corps strié.

Les *pédoncules cérébraux* sont sains; rien au *cervelet*.

Bulbe. — En incisant le bulbe très exactement sur la ligne médiane, en allant de la face antérieure vers sa face postérieure, on met à découvert un foyer hémorrhagique. Ce foyer, de date récente, est rempli d'une pulpe sanguinolente d'un rouge foncé, formée de caillots cruoriques et de substance nerveuse ramollie. Il a le volume d'une noisette. Il est situé sous le plancher du quatrième ventricule qu'il a soulevé et déchiré sur une étendue de quelques millimètres. Voici quelle est exactement sa situation topographique : ce foyer répond à la partie moyenne du raphé du plancher du quatrième ventricule. Un plan transversal passant par les angles du plancher diviserait le foyer en deux moitiés (supérieure et inférieure) à peu près égales. Il est placé sur la ligne médiane, mais il empiète surtout à gauche de cette ligne médiane; de ce côté, il s'étend jusqu'à un centimètre environ du « calamus scriptorius », tandis que du côté droit il ne déborde la ligne médiane que de 5 ou 6 millimètres seulement. A gauche, il s'avance aussi plus profondément vers le plan protubérantiel; de ce côté il mesure en hauteur 2 centimètres environ, tandis qu'à droite il ne mesure pas plus de 8 millimètres.

En somme, la topographie de ce foyer hémorrhagique répond exactement au siège anatomique des deux noyaux d'origine de la sixième paire, des noyaux accessoires des nerfs faciaux et (de par la profondeur du foyer à gauche de la ligne médiane) du noyau principal du nerf facial gauche.

L'*examen histologique* des deux nerfs moteurs oculaires externes, du facial gauche, du facial droit, du moteur oculaire commun gauche a été pratiqué.

Des fragments de ces divers troncs nerveux prélevés dans leur trajet intra-cranien ont été tendus sur de tigelles de bois et plongés aussitôt dans une solution d'acide osmique à 2 p. 100; dissociés grossièrement après un séjour de vingt-quatre heures dans cette solution, ils ont été soumis pendant vingt-quatre heures à l'action colorante du picro-carmin. Enfin, dissociation fine et montage dans la glycérine.

Les résultats fournis par l'examen microscopique sont les suivants :

Les deux nerfs moteurs oculo-externes et le facial gauche sont complètement détruits par dégénération wallérienne (disparition des cylindres-axes, fragmentation en boules et désintégration granuleuse de la myéline. Sur un grand nombre de préparations provenant soit du facial gauche, soit des deux nerfs de la sixième paire, il est impossible de trouver un seul tube nerveux qui ne soit pas altéré.

Par contre, le facial droit et le nerf moteur oculaire commun gauche nous ont paru indemnes de toute altération.

Ainsi, le foyer hémorrhagique bulbaire avait bien réellement détruit : 1o Le noyau principal et le noyau accessoire du nerf facial gauche; 2o les deux noyaux d'origine de la sixième paire.

La moelle n'a pas été examinée.

Rien d'important à noter dans l'état anatomique des autres organes.

L'observation qui précède peut passer, croyons-nous, pour un bel exemple de localisation bulbaire, puisque nous y voyons à des troubles fonctionnels bien définis correspondre une lésion destructive nettement délimitée. Un foyer hémorrhagique situé sur l'emplacement même des deux noyaux de la sixième paire empiète en largeur et en profondeur sur la moitié gauche du bulbe, jusqu'au voisinage de l'étage supérieur de la protubérance; il intéresse donc les noyaux supérieur et inférieur du facial gauche; cette lésion est destructive, puisque la dégénération wallérienne des nerfs correspondants a été constatée. Elle a pour effet nécessaire une paralysie permanente et totale du facial gauche et des deux muscles moteurs oculaires externes; cette paralysie a été observée pendant la vie du malade.

Quant à la paralysie et à l'anesthésie incomplètes et passagères des membres du côté droit, qui ont été notées également, il nous semble que leur mécanisme pathogénique est facile à concevoir. Le foyer hématique reposait en effet immédiatement au-dessus de la pyramide gauche, autrement dit au-dessus des faisceaux sensitifs et moteurs qui, après leur entrecroisement au niveau du collet du bulbe, conduisent aux membres du côté droit l'innervation motrice et sensitive. On comprend donc que ces faisceaux aient pu, lors de l'inondation hémorrhagique, subir un certain degré de compression, compression qui aura cessé au fur et à mesure que le foyer sanguin entrait en régression.

Ainsi les troubles fonctionnels ressentis par le malade se trouvent, pour ainsi dire, exactement superposables aux lésions anatomiques constatées à l'autopsie.

Aussi bien n'est-ce pas là le seul intérêt qui se dégage de l'analyse du cas qui nous occupe. On y trouve aussi une nou-

velle confirmation des données actuellement admises sur le mode d'innervation des muscles de l'œil et en particulier sur les relations anastomotiques du noyau de la sixième paire et du nerf moteur oculaire commun. Chez notre malade, en effet, les nerfs de la troisième paire échappaient complètement à la paralysie; leurs noyaux se trouvaient bien au-dessus du foyer hémorrhagique; au surplus l'examen microscopique du nerf oculaire commun gauche a démontré l'intégrité de ses fibres. Cependant nous avons vu que les mouvements de latéralité étaient impossibles et que, dans ce mouvement associé, le droit interne s'associait à la paralysie du muscle abducteur, alors que dans la convergence du regard les deux droits internes entraient librement en contraction.

Ce fait vient donc se ranger à la suite de ceux publiés par Foville, Gubler, Féréol, Graux, etc. Comme ces derniers, il ne saurait trouver sa raison d'être que dans l'existence d'une double innervation des muscles droits internes. On sait, en effet, que pour expliquer cette synergie dans la paralysie, aussi bien que dans l'action des deux muscles antagonistes, M. Foville avait supposé que le muscle droit interne de chaque œil recevait son innervation de deux sources, à savoir la troisième et la sixième paire, et pour rendre plus facilement perceptible la façon dont les choses se passent, il a comparé l'action nerveuse de la sixième paire à l'action des rênes dans un attelage double.

Cette hypothèse ingénieuse, qui rendait si bien compte de ces paralysies associées, de la déviation conjuguée des yeux et de la synergie fonctionnelle des deux muscles à l'état physiologique, a reçu sa consécration anatomique de par les recherches de MM. Duval et Laborde. Ces physiologistes ont établi, en effet, d'une manière indiscutable, l'existence d'un filet anastomotique qui, parti du noyau de la sixième paire, s'entrecroise très haut, sous le noyau de l'oculo-moteur, et se joint ensuite aux *fibres efférentes* de la troisième paire.

Dans le cas que nous venons de rapporter, l'occasion était bonne pour rechercher dans le tronc de l'un ou de l'autre nerf de la troisième paire les fibres dégénérées originaires du noyau opposé de la sixième. Malheureusement, la dissection de l'oculo-moteur gauche, que nous avons pratiquée, n'a pas été poussée d'une manière assez complète, assez minutieuse pour que nous puissions affirmer la présence ou le défaut de toute dégénération dans le tronc de ce nerf.

Dorénavant, dans les cas de lésion destructive de l'un des noyaux de la sixième paire, il y aurait lieu de rechercher attentivement s'il existe des fibres dégénérées dans le tronc de l'oculo-moteur du côté opposé, ou mieux dans le rameau de ce nerf destiné au muscle droit interne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de l'Estomac.

Suite. — Voir le numéro précédent.

III. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LES PHÉNOMÈNES CHIMIQUES ET MÉCANIQUES DE LA FONCTION STOMACALE CHEZ L'HOMME A L'ÉTAT DE SANTÉ ET A L'ÉTAT DE MALADIE, etc., par W. JAWORSKI et A. GLUZINSKI (*Zeitschrift für klin. Medicin*, t. XI, fasc. 1, 2 et 3, 1886). — SUR LES RELATIONS DES SYMPTÔMES GASTRIQUES SUBJECTIFS ET DES SIGNES OBJECTIFS DES TROUBLES FONCTIONNELS DE L'ESTOMAC, par le docteur W. JAWORSKI (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1886, nos 49, 50, 51 et 52).

III. Les deux mémoires de MM. JAWORSKI et GLUZINSKI ont trait à une même série de recherches entreprises sous la direction et dans le service du professeur Korczynski (de Cracovie). Ces recherches ont porté sur 222 individus affectés pour la plupart de troubles digestifs à formes variées. Le but principal poursuivi par les auteurs est indiqué par le titre même du second mémoire: Étudier les rapports existant entre les symptômes subjectifs des affections de l'estomac et les troubles fonctionnels de cet organe. Cependant les auteurs n'ont pas négligé de porter leur attention sur le processus physiologique de la digestion, et surtout sur la partie chimique de ce processus.

Une analyse détaillée de ces deux mémoires n'entre pas dans le cadre de cette revue. Nous nous bornerons à faire connaître ceux des résultats annoncés par les auteurs, qui nous paraissent offrir un intérêt spécial pour les cliniciens et devoir jeter quelque lumière sur l'étude encore peu avancée des dyspepsies.

Pour tout ce qui concerne la technique employée par les deux auteurs dans leurs recherches, nous renvoyons au mémoire original de MM. Jaworski et Gluzinski.

A. Voici d'abord, en substance, les résultats fournis par ces recherches, qui concernent l'évolution normale du processus de la digestion stomacale :

Ce processus se décompose en deux stades bien distincts. Pendant le premier, qui est aussi le plus long, la sécrétion de la pepsine et de l'acide (chlorhydrique) et la formation de produits digestifs augmentent lentement, pour décroître ensuite pendant le second stade, qui embrasse une durée moindre. Ces deux stades sont nettement séparés par un *maximum d'acidité* du contenu de l'estomac. Ce maximum est atteint pendant le deuxième ou le troisième quart-d'heure qui suit le début de la digestion stomacale; le degré d'acidité qui lui correspond varie d'ailleurs entre des limites très étendues. Entre le quatrième et le sixième quart d'heure (compté à partir du commencement de la digestion), le degré d'acidité du contenu de l'estomac tombe au-dessous de ce qu'il est à l'état de jeûn.

L'optimum de *la capacité digestive du contenu de l'estomac* coïncide avec ce maximum du degré d'acidité ou se trouve atteint un peu plus tard. Toutefois, la capacité digestive du contenu de l'estomac, éprouvée *in vitro*, n'est pas considérable, dans les circonstances normales; elle augmente considérablement par l'addition d'acide chlorhydrique.

La formation de produits digestifs dans l'estomac suit une marche parallèle au degré d'acidité. Elle atteint par conséquent sa plus grande intensité vers le troisième quart d'heure, et cesse complètement entre le quatrième et le sixième. Pendant le premier quart d'heure, c'est la syntonine qui prédomine dans le contenu de l'estomac; puis la proportion de syntonine paraît diminuer en même temps que la proportion de peptone va en augmentant. Enfin, pendant le dernier stade de la digestion stomacale, l'estomac ne renferme plus de produits digestifs. Ceux-ci se forment d'ailleurs en quantités relativement minimes dans l'estomac, et leur présence échappe quelquefois à l'emploi des réactifs appropriés, de sorte que, à l'état normal, il ne se fait jamais d'accumulation de produits digestifs dans cet organe.

Les matières albuminoïdes introduites dans l'estomac sont en majeure partie entraînées mécaniquement dans l'intestin, sitôt que le degré d'acidité et la proportion de peptones du contenu stomacal atteint un certain maximum, variable suivant les individus.

Cette évacuation des matières albuminoïdes (indigérées) ainsi que celle des peptones se font entre le quatrième et le sixième quart d'heure, et très rapidement. Du même coup, le degré d'acidité du contenu de l'estomac baisse sensiblement, et les réactifs appropriés ne décèlent plus la présence des peptones dans ce contenu. D'où il résulte qu'à l'état physiologique, après ingestion de blanc d'œuf, le processus de la digestion stomacale est terminé après une durée moyenne de cinq quarts-d'heure. La diminution subite du degré d'acidité du contenu de l'estomac et l'évacuation des parcelles d'albumine hors de cet organe sont deux phénomènes si étroitement liés l'un à l'autre qu'ils constituent les meilleurs critériums pour décider la question de savoir si la digestion stomacale est ou non parvenue à son terme. Enfin, il ressort également des données qui précèdent que les fonctions chimiques et les fonctions mécaniques de l'estomac sont en connexions très étroites. L'excitation mécanique qui résulte du contact de l'albumine avec la muqueuse de l'estomac sollicite le processus chimique de la digestion, qui, dans les circonstances ordinaires, n'a pas une activité aussi grande qu'on l'admet communément. Une fois que l'excitant chimique atteint un certain degré, il sollicite à son tour l'activité mécanique de l'estomac, de telle sorte que le processus de la digestion prenne fin.

B. Voici maintenant les principales conclusions que MM. Jaworski et Gluzinski ont déduites de l'analyse des faits pathologiques consignés dans leur mémoire :

Dans la très grande majorité des cas, les troubles digestifs étaient en rapport avec une altération des fonctions mécaniques de l'estomac. Celle-ci entraîne à sa suite une perturbation du processus chimique de la digestion, qui rarement s'est présentée à titre d'affection protopathique, et qui consistait, tantôt principalement en une augmentation du degré d'acidité du contenu de l'estomac, tantôt en une hyperacidité avec accumulation considérable de produits digestifs dans cet organe, tantôt en une suspension plus ou moins complète des actes chimiques de la digestion stomacale.

De tous les facteurs qui interviennent dans ce processus, c'est la sécrétion du ferment digestif qui a été le moins souvent en défaut.

Avec les troubles des phénomènes mécaniques et chimiques de la digestion, coïncide souvent la présence, dans le contenu de l'estomac, d'éléments morphologiques anormaux, qui, dans certains états morbides, acquièrent une signification tout à fait caractéristique.

La comparaison des faits d'ordre pathologique avec les données acquises sur l'évolution normale du processus digestif a fourni les résultats suivants :

A l'état pathologique, autant que la sécrétion gastrique n'est pas supprimée, le processus digestif se décompose encore en deux stades ; seulement, le second stade, celui pendant lequel le degré d'acidité du contenu de l'estomac va en diminuant, a une durée plus longue que le premier stade. Ces deux périodes sont difficiles à délimiter l'une de l'autre, lorsque le suc gastrique a une réaction alcaline.

Le degré d'acidité du contenu de l'estomac oscille entre des limites beaucoup plus étendues qu'à l'état normal. Lorsque ce contenu est neutre ou même alcalin, pendant la durée de la digestion stomacale, c'est signe que la muqueuse est frappée d'une dégénérescence grave, — catarrhe muqueux, tel qu'on le rencontre chez les alcooliques, à une période avancée, carcinome. Lorsque le degré d'acidité dépasse notablement la limite physiologique, c'est signe qu'il y a hypersécrétion gastrique, ou qu'il existe une affection catarrhale acide, ou encore que le contenu de l'estomac renferme des micro-organismes pathogènes, des aliments irritants, des restes d'aliments indigérés. Un degré d'acidité légèrement supérieur au maximum physiologique est conciliable avec l'état normal.

Dans les cas d'hyperacidité du suc gastrique, il se fait une production exagérée de peptones qui séjournent outre mesure dans l'estomac. Cette accumulation de produits digestifs est la cause immédiate des symptômes qu'on observe dans les cas de catarrhe acide et dans ceux de dilatation de l'estomac.

Dans les cas pathologiques et notamment dans ceux d'hyperacidité du suc gastrique, la capacité digestive du contenu de l'estomac, éprouvée *in vitro*, peut être considérable, comparativement à ce qu'elle est à l'état normal. Donc, on ne saurait tirer des résultats de cette épreuve, des conclusions applicables sans réserve à l'état de la digestion stomacale. Lorsque le contenu de l'estomac est alcalin, et qu'on le fait servir à une expérience de digestion artificielle, il est rare, qu'après addition d'acide chlorhydrique à ce contenu, la digestion artificielle ne se fasse pas avec la rapidité normale ; il n'en est guère autrement, selon toute apparence, que dans les cas de carcinome.

Plus rapidement les matières albuminoïdes introduites dans l'estomac sont évacuées dans l'intestin par portions successives, moindre est l'atteinte portée aux fonctions digestives. L'estomac doit être considéré moins comme un digesteur chimique, que comme un récipient dans lequel s'accumulent les substances alimentaires pour, de là, être dirigées graduellement et régulièrement dans l'intestin, qui est l'organe digestif par excellence. Le séjour trop prolongé des aliments dans l'estomac entraîne une excitation trop prolongée de la sécrétion gastrique, d'où hyperacidité durable du contenu de l'estomac, avec ses conséquences pathologiques. Bref, les troubles digestifs reconnaissent, le plus souvent, pour cause une perturbation des fonctions mécaniques de l'estomac, qui retentit presque toujours sur les fonctions chimiques en leur imprimant une activité exagérée. Le contraire a été généralement admis jusqu'ici par les cliniciens ; ceux-ci, dans la pathogénie des troubles digestifs, attribuent un rôle prépondérant aux perturbations des actes chimiques de la digestion stomacale.

Le contenu de l'estomac à jeun, qui, à l'état normal, se réduit à quelques centimètres cubes, augmente considérablement dans les cas d'hypersécrétion acide, sans qu'on y découvre des restes d'aliments. Dans les cas de catarrhe muqueux, le contenu de l'estomac à jeun est minime, sans doute parce que la sécrétion de l'appareil glandulaire est suspendue. La réaction du contenu stomacal sondé à l'aide de la sonde est très variable et n'a aucune signification pathognomonique. Une acidité très prononcée doit faire soupçonner l'existence d'une affection catarrhale acide, avec ou sans dilatation. La présence de flocons d'un jaune verdâtre, au sein d'un liquide limpide, est un signe caractéristique du catarrhe acide de l'estomac.

Eu égard aux rapports des symptômes subjectifs avec le

siége et la nature des troubles dyspeptiques (indépendants d'une lésion, ulcère simple, cancer), M. Jaworski, dans le second mémoire cité, arrive aux conclusions suivantes :

Un état de nutrition satisfaisant,chez un sujet atteint d'une affection gastrique, parle en faveur de la non-participation de l'intestin (grêle) aux troubles fonctionnels.

Dans le cas d'une affection idiopathique de l'estomac, avec anémie prononcée, voire avec cachexie, une hyperacidité pathologique du suc gastrique est vraisemblable.

Le vomissement s'observe communément dans des cas où la composition du suc gastrique ne pêche pas par défaut de HCl (buveurs exceptés).

Dans le cas de sensibilité exagérée à la pression du creux épigastrique, un défaut d'acide chlorhydrique est peu vraisemblable.

Un état de nervosisme très prononcé, coïncidant avec une affection de l'estomac, dénote qu'il existe une suractivité des actes chimiques de la digestion (stomacale).

Une soif exagérée habituelle est presque toujours en rapport avec une hypersécrétion acide très prononcée, qui se complique habituellement d'une insuffisance mécanique ou d'une dilatation de l'estomac.

Des régurgitations acides dénotent que le contenu de l'estomac présente une réaction acide.

Quand l'appétit est exagéré, chez les malades qui se plaignent d'avoir de fausses faims, il existe souvent une hypersécrétion acide avec hyperacidité du contenu de l'estomac, insuffisance mécanique et dilatation de cet organe.

Les crampes de l'estomac sont généralement accompagnées d'une hyperacidité considérable du contenu de l'estomac.

Chez les malades qui se plaignent que leur estomac est comme rongé, il y a lieu d'admettre que la muqueuse de cet organe est irritée par une sécrétion trop acide et qu'il y a, en outre, formation de nombreuses granulations cellulaires.

Lorsque les symptômes gastriques sont peu accusés, une hypersécrétion acide est peu vraisemblable.

Une dernière conclusion est en rapport avec une sorte d'idiosyncrasie de race ; elle porte que chez les juifs polonais, l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique est rare, et qu'elle doit éveiller le soupçon d'un carcinome.

Les deux mémoires des auteurs contiennent aussi des indications très intéressantes sur les résultatsdesmédications qui ont été employée chez les différentes catégories de malades sur lesquelles ont porté leurs recherches. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce côté de la question, dans une étude d'ensemble sur les dyspepsies.

Enfin, M. Jaworski s'est occupé d'une façon spéciale de la sécrétion acide continue simple (gastro-succorrhée continue) et de son diagnostic avec la gastrorrhée acide ou catarrhe muqueux acide.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

La pratique obstétricale. — Manœuvres et opérations a l'amphithéatre, par le docteur Crouzat. — Paris, 1887, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Ce manuel est divisé en deux parties : la première comprend des notions élémentaires d'obstétrique sur le bassin, le fœtus, les présentations et positions, le mécanisme de l'accouchement.

La deuxième est consacrée aux manœuvres et opérations : version, forceps, craniotomie, basiothripsie, embryotomie. Dans quelques pages, l'auteur expose préalablement le diagnostic des présentations et des positions par le toucher.

Enfin, un appendice, destiné à élucider la question si controversée de la forme et de l'axe pelvi-génital, est annexé aux deux parties que nous venons de mentionner.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer la tendance que l'on a généralement à consacrer, dans un ouvrage, un trop grand nombre de pages à des questions complètement étrangères à celles délimitées par le titre même choisi par l'auteur. Ainsi, dans le présent manuel, toute la première partie constitue, quelque bien traitée qu'elle soit, un hors-d'œuvre. A celui qui ignore les accouchements, elle ne les apprendra pas, et sera sans profit pour qui les sait.

Une page ou deux au plus rappellent quelques données générales, quelques mensurations du bassin et de la tête auraient amplement suffi.

Quant à l'appendice, l'auteur aurait beaucoup mieux fait de publier dans un travail spécial ses recherches et ses idées sur la forme et l'axe du canal pelvi-génital. Ainsi, il aurait eu le loisir de leur donner plus d'ampleur et d'entrer dans une discussion critique plus étendue des travaux fort importants de divers auteurs dont les noms ne sont pas même cités.

Une courte observation. A propos du bassin, M. Crouzat écrit à plusieurs reprises : « le canal pelvi-génital est un *cylindre courbe* et son axe est un *arc de cercle.* » (Pages 44, 362, 266, etc.)

Cylindre courbe! Vous avez donc oublié, cher auteur, la définition du cylindre. Un cylindre ne peut pas être courbe; son axe est une ligne droite. (Voir *Géométrie* Legendre.)

Vous savez mieux, en revanche, ce que c'est qu'un *tore;* aussi, faites-vous du canal pelvi-génital *une portion de tore* ou *une section de trompe.* (page 266)?

Abandonnez, croyez-moi, cette conception par trop allemande.

La deuxième partie, qui devrait constituer à elle seule tout l'ouvrage, est traitée avec grand soin.

La version, le forceps, l'embryotomie, forment des chapitres très intéressants; des remarques judicieuses y abondent, les moindres détails opératoires y sont signalés. La minutie est peut-être poussée trop loin. L'esprit saisit avec plus de peine l'ensemble d'une opération ou d'une manœuvre lorsqu'il est contraint de quitter les grandes lignes pour suivre successivement chaque ramification.

Personne ne conteste l'utilité et le profit des manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, mais le praticien ne saurait s'en tenir là. Il eût été avantageux de lui indiquer certains artifices qui peuvent avoir leur application en clientèle.

Les applications de forceps dans le décubitus latéral se font à l'étranger et sont utiles et nécessaires dans certains cas de coxalgie, par exemple ; pourquoi n'en pas parler?

Pourquoi énumérer les qualités du forceps de Tarnier et ne rien dire des reproches formulés contre l'instrument par les maîtres de la science française : Depaul, Pajot, Guéniot, Charpentier, etc.

Des écrits et des discussions à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, il résulte cependant que le forceps Tar-

nier est mal conçu au point de vue théorique : la ligne de l'effort est brisée, le point d'application de la force n'est pas au centre céphalique, la vis de pression est mal placée, l'aiguille dite indicatrice n'existe pas, etc.; défectueux au point de vue pratique : l'instrument dérape, il est impropre aux applications obliques, il ne laisse à la tête qu'une mobilité relative, etc.

Il résulte, dis-je, que ce forceps a été regardé à tort comme un instrument perfectionné et qu'il a été abandonné à l'étranger et en France par ceux qui l'avaient accepté avec enthousiasme au début. L'auteur était donc dans l'obligation de répondre autrement que par une phrase affirmative à des objections qui attendent encore une réfutation.

De même, s'il s'était donné la peine d'une analyse scientifique et indépendante, il n'eut pas reproduit les figures 27, 28, qui sont erronées et conçues pour le besoin de la cause. Il n'eut pas accepté non plus sans réserve les propositions formulées par M. Olivier dans sa thèse (applications de forceps sur le siège décomplété, mode des fesses), page 228 et suivantes.

En définitive, le manuel du docteur Cronzat renferme d'excellentes choses et rendra grand service aux étudiants.

Nous devons regretter de ne pas y rencontrer plus souvent la note personnelle et critique; ce quelque chose qui trahit un plan tracé d'une main incertaine se montre trop.

Nous espérons que la deuxième édition sera plus franche d'allure et de contours.

MARIUS REY.

REVUE DES THÈSES

DES CYSTITES DOULOUREUSES, par A. HARTMANN, prosecteur à la Faculté.

Les cystites douloureuses ne constituent pas un groupe naturel au point de vue nosologique. Bien souvent M. le professeur Guyon s'est élevé contre une classification des cystites qui, en admettant les qualifications de *purulente* et *hémorrhagique*, etc., comprend ainsi sous ce titre des affections de nature et d'origine essentiellement différentes. Suivant les sujets et les périodes, une cystite tuberculeuse ou calculeuse, par exemple, peut être purulente, hémorrhagique, pseudo-membraneuse. Toutefois, le nom de cystite douloureuse peut et doit être conservé : c'est parce que dans certains cas la douleur atteint un degré tel qu'elle domine et efface les autres symptômes, et surtout parce qu'elle crée des indications thérapeutiques nouvelles. Ce caractère a été nettement exposé par M. Hartmann dans une excellente thèse inaugurale, remplie de faits bien observés qu'il a soumis à une critique sévère, produisant ainsi un chapitre des plus intéressants de la pathologie des voies urinaires.

L'histoire des cystites, considérée au point de vue des douleurs intenses qu'elles occasionnent, était à faire, et M. Hartmann l'a reprise dès le début. Toutes les maladies peuvent conduire à cet état : la blennorrhagie, les rétrécissements, les tubercules, les néoplasmes, les calculs. Il en est de même de certaines interventions intempestives, telles que des lavages ou un cathétérisme mal faits. Quoi qu'il en soit, ce point reste encore assez obscur. L'anatomie pathologique ne donne pas la clef de ces paroxysmes douloureux : certaines vessies dont on trouve la muqueuse couverte d'ulcérations n'avaient pas donné lieu pendant la vie à des douleurs bien vives; dans d'autres cas, on trouva une muqueuse à peu près saine, après des mois et des années de douleurs atroces. C'est plutôt, d'après M. Hartmann, dans l'inflammation du muscle vésical qu'il faut chercher la raison de ces douleurs; on trouve presque toujours une hypertrophie de cette tunique, et on peut attribuer à la contracture l'excès même de la douleur et son paroxysme à la suite des contractions nécessitées par chaque miction.

L'espace nous manque pour parler des symptômes du pronostic et du diagnostic. La partie la plus intéressante de ce travail est sans contredit le traitement. Autrefois, il y a peu de temps encore, toute la thérapeutique était d'ordre médical, et il est encore bon d'y avoir quelquefois recours. Certaines manœuvres chirurgicales ont marqué un progrès; les lavages de la vessie sont bien rarement utiles en face d'une cystite douloureuse.

Par contre, les instillations, suivant la méthode du professeur Guyon, constituent une excellente thérapeutique qui a à son actif de nombreuses améliorations. Il n'en est pas de même de la sonde à demeure, qui n'assure l'évacuation parfaite et continue de la vessie qu'au prix d'une irritation pire quelquefois que la fréquence et la douleur des besoins.

Seule, une opération chirurgicale est de nature à assurer ce drainage continue. Divers procédés concourent au même but, sans parler des théories plus ou moins confirmées de contracture du col ou autres, que nous ne pouvons discuter, on peut ranger en quatre catégories les moyens chirurgicaux employés contre les cystites douloureuses. Ils concourent tous au même but, qui est de placer la vessie dans un repos complet, en en supprimant le fonctionnement. Deux sont propres à la femme : la dilatation forcée du col et la taille vésico-vaginale; deux sont applicables à l'homme : la taille hypogastrique et la dilatation, ou la section du col.

46 observations de dilatation forcée du col sont suffisantes pour permettre de juger la méthode qui donne en général de bons résultats, à condition toutefois que la cystite ne soit ni trop intense ni trop ancienne; ces accidents, relativement nombreux, ont été signalés. La taille vésico-vaginale, ou kolpocystotomie, semble préférable, et les guérisons sont plus nombreuses. Dans les cas des plus graves, elle a procuré toujours une amélioration, souvent une guérison définitive, lorsque la vessie a pu rester ouverte assez longtemps. 27 observations en sont rapportées par M. Hartmann.

Chez l'homme, la dilatation ne peut se faire qu'après une incision périnéale. M. Thompson pratique une boutonnière et arrive au col vésical qu'il dilate avec son doigt, non pas pour faire cesser une contracture qui n'existe pas, mais pour permettre un libre écoulement de l'urine. M. Guyon a modifié quelque peu le manuel opératoire, surtout au point de vue de la dilatation du col, qu'il exécute au moyen de l'introduction des mandrins gradués qui portent son nom. Les résultats sont bons; mais, si encourageants qu'ils soient, ils ne doivent pas faire perdre de vue un procédé qui, tout en comprenant une opération plus importante, ne comporte pas aujourd'hui de grands dangers; nous voulons parler de la taille. Tous les procédés de taille peuvent être employés; mais nous croyons, avec M. Hartmann, que la section hypogastrique doit être préférée, comme permettant de voir et de modifier la muqueuse vésicale. Les 71 observations de cystotomies faites contre des cystites douloureuses qu'a recueillies M. Hartmann

constituent un tableau des plus intéressants et des plus féconds en enseignements.

Dr E. DESNOS.

DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'AMYGDALOTOMIE. — DU TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES PAR LA CAUTÉRISATION IGNÉE, par R. RICORDEAU. — Thèse de Paris, 1886.

Le danger incontesté de l'excision des amygdales, quelque soit le procédé employé, réside dans la crainte des hémorrhagies : tous les chirurgiens sont unanimes sur ce point. Le voisinage immédiat des gros vaisseaux, les anomalies possibles, le développement imprévu de certains d'entre eux, rendent compte des accidents parfois mortels qui ont pu survenir. Les instruments spéciaux, et surtout la vulgarisation de l'amygdalotome à anneau, avaient fait oublier la cautérisation ignée à laquelle on était cependant redevable de nombreux succès. On revient aujourd'hui d'autant mieux à ce moyen thérapeutique que le cautère actuel est détrôné par le galvano-cautère, permettant de faire naître à volonté la chaleur entre ses mains, et le thermo-cautère possédant des avantages comparables et d'un maniement bien plus facile. Aussi lorsque rien de particulier ne force le choix, convient-il de s'adresser à la thermo-cautérisation. Absolument indolore si l'on respecte les piliers, elle est acceptée avec la meilleure grâce par les malades; sans compter que, tout en restant inoffensive, elle fournit les meilleurs résultats définitifs. La pointe de l'instrument, maintenue au rouge sombre, devra, à plusieurs reprises, pénétrer d'un centimètre environ le tissu amygdalien.

CH. AMAT.

ESSAI SUR LA DYSPEPSIE CARDIAQUE, par le docteur MULLER. — Thèse de Paris, 1886.

Les troubles gastriques d'origine cardiaque peuvent se ranger sous trois chefs : 1o troubles d'origine nerveuse; 2o troubles par anémie viscérale; 3o troubles par congestion.

Les névroses du cœur donneront lieu aux troubles d'origine nerveuse; les altérations des valvules aortiques amèneront de l'anémie viscérale. Les troubles par congestion se rencontreront dans les maladies mitrales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ADULTE, par le docteur JUVIGNY. — Thèse de Paris, 1886.

On trouvera dans cette étude quelques observations inédites intéressantes.

CONSIDÉRATIONS SUR LES OREILLONS EXAMINÉS PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE LA FIÈVRE, par le docteur VIELA. — Thèse de Paris 1886.

L'auteur montre à l'aide d'observations que dans l'oreillon simple on doit rapporter la fièvre à une autre affection existant simultanément, telle que orchite, angine, bronchite, stomatite. Il étudie ensuite la marche de la fièvre et les différentes formes d'orchites ourliennes.

ESSAI CRITIQUE SUR LE TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE, par le docteur Bertrand. — Thèse de Paris 1886.

L'iodoforme, le tannin et le sulfure de carbone seraient les agents qui donneraient les meilleurs résultats, mais il serait préférable, d'après l'auteur, de n'employer que le traitement par le tannin.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ L'ADULTE; FORME APOPLECTIQUE, par le docteur VIVANT. — Thèse de Paris, 1886.

La méningite tuberculeuse à forme apoplectique est le plus souvent secondaire.

La destruction rapide par nécrobiose ou par encéphalite, d'une portion de la substance cérébrale, explique en partie la soudaineté des accidents.

A. M.

NOTES & INFORMATIONS

M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

Monsieur,

La première application de la loi du 26 février 1887, qui a rétabli les droits d'inscription dans les Facultés, et du décret du 31 mars dernier qui a déterminé les formes dans lesquelles la dispense de ces droits pourrait être accordée à un dixième des étudiants, a permis de constater que, dans certains ordres d'établissements, le nombre des demandes de dispense avait été sensiblement inférieur au nombre des dispenses qui pouvaient être accordées, alors que, dans d'autres établissements, il avait été impossible d'accueillir toutes les demandes justifiées, en restant dans la limite du dixième fixé par la loi.

Dans ces conditions, je crois être l'interprète fidèle de la pensée du législateur, en modifiant, sur un point, la procédure précédemment suivie pour fixer le chiffre des dispenses facultatives. On l'avait jusqu'ici fixé par établissement, en prenant pour base de calcul le nombre des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque établissement; il sera encore fixé par établissement, mais il pourra, suivant les besoins, être inférieur ou supérieur au dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque Faculté ou Ecole. Le total des dispenses possibles ne devra pas dépasser, dans chaque Académie, le dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans l'ensemble des Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur de cette Académie.

« Vous voudrez bien inviter le Conseil général des Facultés à me proposer, dès les premiers jours de l'année scolaire, une répartition de ce chiffre entre les différentes Facultés et Ecoles. »

Dans les Académies où se trouvent des Facultés entretenues par les villes, des Ecoles préparatoires ou de plein exercice de médecine et de pharmacie, le dixième continuera d'être fixé, pour chacun de ces établissements, conformément aux instructions du 1er avril 1887, et la répartition que le Conseil général aura à me proposer ne pourra porter que sur les établissements entretenus aux frais de l'Etat.

En ce qui concerne les Ecoles préparatoires et de plein exercice de médecine et de pharmacie, je vous prie de rappeler aux directeurs que la concession des dispenses est subordonnée à un vote préalable du Conseil municipal.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts,
E. SPULLER.

— Par arrêté du ministre du commerce est instituée à Paris, pendant la durée de l'Exposition universelle de 1889, une série de conférences divisée en quinze sections, parmi lesquelles se trouvent la section VI (sciences naturelles) et la section IX (hygiène, assistance, répression).

Sont nommés membres de la section VI : MM. Baillon, Berge-

ron, Daubrée, Milne-Edwards, Mallard, Marey, Quatrefages, Richet et Verneuil.

Sont nommés membres de la section IX : MM. Bérenger, Brouardel, Herbette, Herscher, Matrat, Monod, Napias, Roussel et Strauss.

— M. le docteur Gabriel Ponchet, agrégé, auditeur près le Comité consultatif d'hygiène publique de France, a été nommé membre dudit Comité, en remplacement de M. le docteur Liouville, décédé.

Sont nommés auditeurs près ce Comité : M. le docteur Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de toxicologie à la Préfecture de police.

— M. Paul Gibier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en vue d'étudier la fièvre jaune dans les pays où elle sévit ordinairement et de la combattre par des moyens prophylactiques.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans l'une de ses dernières séances, l'agrandissement de l'amphithéâtre des opérations et des cours à l'hôpital de la Pitié.

— RUSSIE. — Le troisième Congrès des médecins russes aura lieu à Saint-Pétersbourg au mois d'avril 1888.

— Les journaux russes viennent de faire le recensement des étudiants israélites qui fréquentent les universités russes. Leur nombre est surtout élevé pour les Facultés de médecine, où on en compte en général 224 pour 1000 étudiants. A Kharkoff, leur nombre atteint la proportion de 41,5 0/0, à Dorpat, 28,2 0/0, à Kieff, 20,2 0/0, etc.

On sait que le nombre des israélites est limité à 5 0/0 dans les Académies russes; aussi le ministre de l'Instruction publique vient-il de prendre des mesures pour qu'à l'avenir on ne dépasse pas ce chiffre à Kharkoff.

— Le NOVOIE VREMIA du 12 août annonce qu'à la suite de la réduction du nombre des juifs qui seront admis aux cours des Universités russes, beaucoup de jeunes gens israélites qui ont achevé leurs études dans les gymnases sont partis pour l'étranger.

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Dastre, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, à partir du 1er novembre 1887.

— Le personnel des travaux pratiques est composé comme il suit, pour l'année scolaire 1887-1888 :

Physique. — MM. Guébhard, chef des travaux ; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Chimie. — MM. Hanriot, chef des travaux ; Monange, préparateur ; Groslon, Bonvanet et de Thierry, préparateurs adjoints.

Histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux ; Berger, Blondel et Artaud, préparateurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours s'ouvrira le 20 février 1888, à la Faculté, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Debierre, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est transféré en la même qualité à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Assaky, démissionnaire.

M. Demon, agrégé, est chargé, en outre, du 1er novembre au 31 décembre 1887, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés pendant l'année scolaire 1887-88, MM. les agrégés Demon (accouchements), de la Personne (clinique ophtalmologique ; Lemoine (matière médicale et thérapeutique) ; Lambling (chimie organique); Wertheimer (physiologie); Debierre (anatomie).

— ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Depéret-Muret, professeur de pathologie interne, est nommé professeur honoraire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. Thierry, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie.

— L'administration de l'Assistance publique s'occupe actuellement du service médical à domicile. Il s'agit de compléter les cadres et de pourvoir aux vacances qui se sont produites dans ce service.

C'est dans ce but qu'un concours aura lieu le 7 novembre, concours pour lequel les candidats devront se faire inscrire avant le 7 novembre prochain.

Trente-cinq places sont actuellement disponibles et voici comment elles se répartissent :

1 place dans les 4e, 6e, 8e, 11e, 14e, 15e, 16e, 17e et 20e arrondissements ; 2 places dans les 2e, 5e, 7e et 12e arrondissements ; 3 places dans le 3e ; 4 dans le 19e ; 5 dans le 13e et 6 dans le 18e.

— M. Schlœsing, membre de l'Institut, est nommé membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, en remplacement de M. Boussingault, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. Farina. Du stéréoscope comme moyen de traitement orthopédique du strabisme. — M. Rossi. Etude sur la relation du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec de lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure. — M. Lansac. Recherches sur l'hématospermie (Ejaculations sanglantes). — M. Petit. De quelques accidents de croissance. — M. Guy. Bilan du traitement de la coqueluche en 1887. — M. Grimodie. Contribution à l'étude de la pathogénie des névrites périphériques. — M. Maréchal. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du testicule en ectopie. — M. Phelisse. Contribution à l'étude des myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — M. de Holstein. Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. — M. Enjalran. Etude anatomique et clinique de la glande de Luschkra (Angine de Thornwaldt). — M. Vanhaecke. Du traitement des sections tendineuses par la ténorrhaphie. — M. Bruyelle. Conicité physiologique du moignon. — M. Guibhaud. Des différentes méthodes de traitement du spina-bifida et de l'excision en particulier. — M. Landouar. Une observation de myxœdème. — M. Copin. Myélite interstitielle diffuse. — M. Thomas. De la hernie inguinale de l'ovaire. — M. Delaborde. Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose. — M. Thominet. De l'emploi du bromure de potassium dans le diabète sucré. — M. Barès. De l'ascite chez l'enfant. — M. Vétault. Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés. — M. Gaboriaud. Essai sur la pathogénie des amyotrophies. — M. Bourgarel. Statistique des tremblements à la Salpêtrière. — Quelques considérations sur le tremblement sénile.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 7 AU SAMEDI 13 AOUT 1887.

Fièvre typhoïde 21.—Variole 9.— Rougeole 16.— Scarlatine 6. — Coqueluche 6.— Dipthérie, croup, 20 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 162.— Antres tuberculoses 17. — Tumeurs : Cancéreuses 40. — Autres 7. — Méningite 31. — Congestion et hémorr. cérébr. 35. — Paralysie 5. — Ramollissement cérébral 12.— Maladies organiques du cœur 58.—Bronchite aiguë 10. — Bronchite chronique 25. — Broncho-pneumonie 11. — Pneumonie 31. — Gastro-entérite : Sein 51. — Biberon 132. — Autres 17.— Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 32. — Suicides 21. — Antres morts violentes 9. — Autres causes de mort 149. — Causes inconnnes 11.— Total de la semaine: 973 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Monthyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine (prix Chateauvillard, 15 janv. 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. Un vol. in-8 de 975 pages, avec 130 figures et 1 planche en chromo-lithographie. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie Asselin et Honzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Première session. — Biarritz (1886). — Paris, 1887, Octave Doin, libraire-éditeur.

A Treatise on Molarial Hæmorrhage embracing Epistaxis, Odontorrhagia, Stomatorrhagia, Hæmoptysis, Hæmatemesis, Enterorrhagia, Metrorrhagia and Hæmaturia, par Otis Frederick Manson, M. D. of Richmond, va. Un volume in-8 de 118 pages, avec figures. — J. W. Fergusson and son, printers à Richmond.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8 avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Traité pratique des maladies du foie, par J. Cyr, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Un vol. in-8 de VIII-886 p. — Prix : 12 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, par le docteur François-Franck, directeur adjoint du laboratoire de physiologie de l'Ecole des Hautes-Etudes, professeur remplaçant au Collège de France, précédées d'une préface du professeur Charcot. Un volume grand in-8 de 560 pages, avec 83 figures — Prix : 12 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Polaillon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES PROCÉDÉS DE RESPIRATION ARTIFICIELLE, par PAUL THIÉRY, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Le temps au bout duquel on peut rappeler la respiration chez les asphyxiés est fort variable, comme le prouvent les nombreuses observations publiées à ce sujet. Ce temps semble d'ailleurs varier avec la cause même de l'asphyxie, suivant que celle-ci est produite par la submersion, par la strangulation, par un gaz toxique ou simplement par un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires.

Nous n'avons aucune expérience personnelle en ce qui concerne l'asphyxie des noyés, non plus que celle qui survient par la strangulation. Dans ce dernier cas, diverses circonstances accessoires, anémie cérébrale, par exemple, viennent encore compliquer le pronostic et provoquer l'échec de la respiration artificielle. Ce sont donc là des cas défavorables pour l'étude de la valeur des différents procédés qui ont été employés, et nous croyons qu'il est préférable de s'adresser pour cela aux accidents d'asphyxie par obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires.

Deux faits cliniques que nous avons eu la bonne fortune d'observer à l'hôpital de la Pitié, dans le service de notre cher maître, M. le docteur Polaillon, et qu'il nous a engagé à publier, nous permettent d'apporter notre contingent à la série des observations de respiration artificielle prolongée suivie de succès. L'une concerne un malade chez lequel il y avait simple obstacle à l'entrée de l'air ; la seconde, au contraire, a rapport à une femme chez laquelle les accidents asphyxiques sont survenus dans des circonstances des plus graves et des plus intéressantes, au cours d'une opération d'ovariotomie, alors que la malade avait déjà inhalé une quantité assez considérable de chloroforme. Instruit par notre premier succès, nous n'avons pas hésité à employer dans les deux cas une série identique de procédés divers. Hâtons-nous de dire que nous ne regardons comme nôtre aucun de ces procédés, mais que nous croyons avoir épuisé dans l'un et l'autre cas la somme des ressources que l'on peut utiliser et l'emploi simultané de ces moyens que nous résumons plus loin, joint à l'utilisation d'un procédé que nous n'avons vu employer ou employé nous-mêmes jusqu'alors que dans les laboratoires de physiologie, nous semble ajouter au développement de ces deux observations quelque originalité et quelque intérêt. Nous nous dispenserons donc d'un historique long et fastidieux, puisque, après avoir consulté quelques ouvrages, après avoir pris l'avis de plusieurs de nos chefs, nous sommes arrivés à cette conclusion que, dans la pratique, on ne dépense (sauf

FEUILLETON

LA MÉDECINE DANS LA RÉPUBLIQUE DE L'EQUATEUR (1).

Jusqu'à la fin de l'année 1873, l'enseignement de la médecine dans la République de l'Equateur, était départi dans deux facultés : celle de Cuença et celle de Quito. Dans la Faculté de Cuença, il n'y avait que trois professeurs ou mieux répétiteurs, tandis que dans la capitale de l'Equateur, à Quito (1), l'enseignement était dévolu à quatre professeurs. L'un était chargé d'apprendre à ses élèves l'anatomie générale et l'anatomie descriptive avec démonstrations faites sur les cadavres de l'hôpital. Un autre avait l'obligation d'enseigner la physiologie, l'hygiène et la chirurgie. A un troisième incombait le devoir d'enseigner à la fois la pathologie générale, la séméiologie, la nosologie, l'anatomie pathologique, la médecine légale, la toxicologie et l'obstétrique. Ce n'était pas là, je pense, une sinécure. Enfin, à un quatrième professeur, était donné le soin d'apprendre la thérapeutique, la matière médicale, la clinique et la pharmacie. On voit qu'à Quito le corps professoral d'une Faculté de médecine était réduit à sa plus simple expression. L'enseignement de la chimie et de la botanique restait à la charge des professeurs de la Faculté des sciences, et la physique était supposée suffisamment connue des élèves après leur réception au baccalauréat ès sciences.

Le Président de la République de l'Equateur, Garcia Moreno, avait déjà entrevu, dès 1863, les besoins de la Faculté de médecine de Quito, si bien que, lors de sa seconde présidence, il songea à faire mieux et se hâta de demander du renfort à la France. Au mois d'août 1873, le docteur E. Gayraud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, acceptait, après de longues hésitations, de se rendre à Quito pour y remplir, avec l'autorisation du ministre de l'Instruction publique, l'honorable et difficile mission d'y développer et d'améliorer « l'exercice de la chirurgie et de tout ce qui se rattache au traitement et à la guérison des maladies de toute nature ». M. Gayraud quitta la France muni

(1) D'après le livre de MM. Gayraud et Domec. 1 vol. in-8, Paris, librairie Coccoz, 1887.

pour les cas d'asphyxie par submersion) qu'une heure ou une heure et demie en efforts divers de respiration artificielle. Nous croyons, surtout dans notre première observation, avoir reculé dans des proportions notables la limite du temps après lequel on ne peut plus espérer le succès.

Ajoutons enfin que nos notes, prises au moment même de l'apparition des phénomènes, à plus de cent reprises différentes pour la première observation, pendant les trois jours et les trois nuits que nous avons passés auprès du malade, donnent à ce fait toute la rigueur d'une expérimentation physiologique.

Nous ne saurions manquer à un devoir de reconnaissance qui s'impose à nous dès le début de cette étude et que nous nous faisons un devoir de remplir en remerciant de leur précieux concours MM. Austin et Gasnier, stagiaires du service, qui ont passé entièrement avec nous la première journée et en ont recueilli la relation; M. Roche, interne en pharmacie, qui a bien voulu les remplacer pendant une partie de la première nuit.

Notre collègue Janet nous a aidé de ses conseils au moment où nous avons établi la respiration artificielle au moteur mécanique, et enfin notre collègue Raymond a bien voulu voir à plusieurs reprises notre malade lorsque nous avons été obligé de nous absenter.

Au cours de cette observation, on rencontrera un certain nombre de détails qui paraissent invraisemblables, et nous ne saurions nous étonner du doute avec lequel on pourrait les accueillir; mais nous avons eu le rare bonheur de pratiquer toutes nos tentatives en présence de témoins dont la bonne foi ne saurait faire aucun doute et dont nous invoquons aujourd'hui le témoignage. On ne sera donc pas étonné de nous voir citer quelques noms au cours de l'observation que nous allons rapporter en détails. Nous n'avons sû les en séparer, car ils nous sont d'un précieux recours contre le doute ou l'incrédulité.

Relation de deux cas de respiration artificielle (Observations recueillies dans le service de M. le docteur Polaillon, chirurgien de la Pitié).

Première observation. — Cette observation peut se diviser en trois parties : La première, qui comprend la relation d'une opération d'épithélioma du plancher de la bouche et qui nous a été communiquée par notre excellent collègue et ami Janet; la seconde qui a rapport à un accident d'asphyxie aiguë, à l'emploi de la respiration artificielle suivie de succès; la troisième, enfin, qui ne fait plus, à proprement parler, partie de notre sujet et qui comprend diverses complications qui ont finalement entraîné la mort du malade.

Première partie.

H... (Antoine), âgé de 57 ans, armurier, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, service de M. Polaillon, le 23 mars 1887. Ce malade, actuellement encore de forte constitution, s'est aperçu vers le mois de juillet 1886 d'une petite verrue qui se développait au niveau de la partie médiane de la lèvre inférieure. Il n'y porte d'abord aucune attention, puis vient consulter M. Polaillon, qui reconnaît un épithélioma et propose l'ablation. Acceptée par le malade, elle est pratiquée le 29 septembre 1886. La tumeur est enlevée suivant le procédé ordinaire : on excise un V comprenant la masse morbide et les tissus voisins.

La récidive est rapide, et le 5 décembre le malade subit une nouvelle opération, analogue à la première.

En peu de temps, le néoplasme reparaît au niveau du sillon labio-maxillaire sur la ligne médiane, la cicatrice labiale résultant des deux opérations antérieures ne semblant point présenter de récidive.

Au moment où il entre dans le service, le malade présente un état général satisfaisant. La lèvre inférieure est saine à sa partie antérieure; mais, si on considère sa portion buccale, on reconnaît au fond du sillon gingival une large surface épithéliomateuse de 3 c/m. sur un demi centimètre de largeur. Le maxillaire lui-même est envahi, les dents ébranlées. A chaque angle de la mâchoire, il existe un gros ganglion; enfin la moitié antérieure du plancher de la bouche est envahie par la tumeur et constitue une masse indurée adhérente à la partie médiane de la mâchoire.

L'opération est pratiquée le 24 mars 1887, après chloroformisation. M. Polaillon fait une large incision cutanée qui circonscrit toute la tumeur. Elle part de la ligne médiane, à droite de la symphyse du menton, gagne la région sous-maxillaire, encadre les ganglions situés à ce niveau et vient aboutir à l'angle de la branche montante gauche. Le maxillaire inférieur mis à nu est sectionné par deux traits de scie portant : l'un au niveau de la canine droite, l'autre en avant de la branche montante gauche. La partie détachée du maxillaire est renversée en dehors. Elle tient encore au plancher de la bouche par un large pédicule qui est disséqué et qui est sectionné par l'anse galvanique. Au cours de l'opération, les ganglions malades ou suspects sont énucléés avec soin; de nombreuses artères sont liées, ainsi qu'une grosse veine qui provoque

d'une collection complète d'instruments de chirurgie et d'ouvrages au courant de la science.

Dès lors, on ne dut plus se contenter à Quito de commenter le Traité de pathologie médico-chirurgicale de Roche, Sanson et Lenoir, et les professeurs durent préparer leurs leçons. Le nombre des chaires fut porté à sept : Anatomie, physiologie, pathologie générale et anatomie pathologique, thérapeutique, matière médicale et hygiène, pathologie médicale, pathologie chirurgicale, médecine légale et obstétrique. Un grand amphithéâtre d'anatomie fut bientôt construit, et le docteur Domec, qui devait vingt mois après devenir professeur de la Faculté libre de médecine de Lille, fut chargé en qualité de professeur d'anatomie de diriger le service des dissections et des recherches histologiques. La Faculté de Cuença devait dès lors disparaître.

En outre, de nouvelles réformes furent mises à l'étude, car le président Garcia Moreno avait conçu « le projet d'élever au centre de la capitale un véritable monument qui pût servir à l'installation définitive de la Faculté de médecine, reléguée jusqu'alors dans une mauvaise bicoque, louée au jour le jour à des particuliers. Le Message présidentiel qu'il devait lire à l'ouverture du Congrès, le 10 août 1875, s'exprimait en ces termes : « L'enseignement dans les Facultés universitaires et spécialement dans l'Ecole polytechnique (équivalent de notre Faculté des sciences) donne chaque année des résultats satisfaisants. Celui de la médecine, qui a subi de notables améliorations, sera définitivement réorganisé ces jours-ci, et si vous ordonnez que pour cette Faculté on construise un édifice convenable, sans lequel son installation complète est impossible, elle arrivera à se mettre à la hauteur qu'elle doit avoir dans l'état actuel de la science ». Pour tous ceux qui connaissaient l'influence salutaire exercée jusqu'alors par le Président sur les décisions du Congrès, l'adoption de tous ces projets ne faisait aucun doute. Malheureusement, quelques jours avant la réunion du Congrès, le 6 août 1875, Garcia Moreno tomba frappé par des assassins, et sa mort, véritable calamité publique, laissa en suspens les améliorations projetées dans toutes les branches de l'administration. » Désireux de rentrer en France, M. Gayraud réussit à faire comprendre à Francisco-Xavier Léon, vice-président de la République jusqu'aux élections prochaines, que la nomination du docteur Domec à la chaire de chirurgie et à la place de chirurgien en chef de l'hôpital assurait la continuation de l'œuvre réformatrice.

une perte de sang notable. La langue, qui n'a plus d'attaches au maxillaire, est attirée en avant par un fil spécial et fixée par un point de fil d'argent à la partie inférieure de la plaie, près de la section osseuse. La suture cutanée est faite au fil d'argent. Drain dans la région sus-hyoïdienne. Pansement antiseptique.

On prescrit des lavages de la bouche à l'eau alcoolisée et phéniquée.

Nous passerons rapidement sur les suites de l'opération, qui furent simples : il n'y eut point d'hémorrhagie; le pansement fut fait tous les jours. Une légère induration phlegmoneuse qui survint nécessita la désunion de deux points de suture par lesquels on put passer des mèches de gaze iodoformée jusqu'au contact du plancher de la bouche. Le malade peut s'alimenter avec un biberon. On emploie également les lavements nutritifs. La réunion est bonne et la cicatrisation est rapidement obtenue : il se lève, descend dans les cours de l'hôpital.

L'atrésie de l'orifice buccal nécessite le 19 avril une opération complémentaire : la commissure droite est sectionnée sur une longueur de 2 c/m. environ, et les bords de la section sont suturés au crin de Florence.

Pendant tout ce temps, la température moyenne a été de 37°,4 et n'a pas, sauf le sixième jour de l'opération, dépassé 38°.

Depuis plusieurs jours, avons-nous dit, le malade peut être considéré comme guéri. L'état général est resté parfait; mais, à plusieurs reprises, le malade a manifesté des intentions de suicide. Il ne veut pas retourner dans sa famille, défiguré ainsi qu'il l'est.

En somme, rien ne pent faire prévoir un accident, comme le prouve l'examen de nos notes, que nous reproduisons ici telles qu'elles ont été prises au moment où nous avons observé le malade.

DEUXIÈME PARTIE.

23 avril. — Le malade est levé, il a vu sa famille. Etat satisfaisant. Début probable de l'asphyxie (au dire de l'infirmier de service) vers minuit ou une heure du matin. Ce début est difficile à fixer, car, par suite de l'opération antérieure, le malade présentait toutes les nuits un ronflement analogue à celui qui se produisait peut-être par le renversement de la langue, lorsqu'on s'aperçoit de l'accident.

4 h. matin. — A ce moment, le veilleur remarque que les mouvements respiratoires sont très rares et donnent lieu à des hoquets; mouvements des bras désordonnés; cyanose, sueurs abondantes. Refroidissement; le malade n'a plus conscience de ce qui se passe autour de lui; il est, en somme, en asphyxie complète.

5 h. matin. — L'interne de garde est appelé : il trouve le malade dans un état désespéré. Le pouls est néanmoins encore appréciable, mais les mouvements respiratoires sont rares et les efforts violents faits par le malade n'aboutissent point à une respiration, mais plutôt à un hoquet.

Pensant au renversement de la langue en arrière, il attire la langue avec une pince. passe au niveau de sa pointe un crin de Florence qu'il fixe au dehors. L'état n'est pas modifié : la respiration reste impossible et l'asphyxie continue.

Le malade est regardé comme perdu : le refroidissement et la cyanose s'accentuent encore; les efforts de respiration deviennent moins fréquents et tendent à cesser complètement, puisqu'au dire de l'infirmier il n'y en a plus qu'un par demi-minute environ.

6 h. 40. — Je vois le malade en état de mort apparente. Au moment où j'arrive, il est considéré comme mort et on commence à le recouvrir de ses draps. Je l'examine à ce moment : cyanose de la face complète, aucun mouvement. Tous les réflexes sont abolis, cornéen pupillaire, plantaire; il est insensible à toutes les excitations périphériques : pincement, piqûre. Les paupières sont closes, la cornée est trouble. La température, appréciable à la main, est excessivement basse dans l'aisselle. Les extrémités sont absolument froides et blanches.

Je le regarde comme perdu. Tout à coup il fait un effort d'inspiration qui se produit par une ondulation fugace des muscles de l'abdomen et du thorax. La langue est fortement attirée au dehors sans réussir à ramener un seul mouvement respiratoire. Cette première tentative dure de trois à quatre minntes.

6 h. 45. — J'abandonne alors le malade, lorsque à 6 heures 45 précises j'entends un nouveau hoquet. Je cours au malade et je réussis à pincer fortement la base de la langue avec des pinces droites et courbes de Museux. L'entrée de l'air ne s'effectue pas comme je le pensais. Alors, faisant continuer les tractions sur la langue en même temps que je place un abaisse-langue qui la déprime fortement, tandis qu'une pince agissant comme levier fait office d'ouvre-bouche, je fais faire la respiration artificielle par compression rythmée du thorax. Au bout de deux minutes environ, effort respiratoire complet. L'air ne peut évidemment passer par la voie normale. Je songe alors à la trachéotomie et je demande un aide. Pendant ce temps, la respiration artificielle, par pressions, est continuée, et au moment où tout est prêt pour l'opération, le malade présente un hoquet convulsif toutes les trente secondes environ.

6 h. 55. — Etat du malade : réflexes pupillaire et cornéen complètement abolis; la respiration est nulle, le pouls radial n'existe pas, le pouls carotidien est à peine perceptible. On aperçoit les battements de l'aorte abdominale en déprimant fortement l'abdomen; ils sont très faibles. L'auscultation du cœur révèle un murmure sourd, sans rythme régulier et sans temps régulièrement frappé.

M. Gayraud revint à Montpellier, et au bout de quelque temps le docteur Domec eut abandonner lui même Quito. « Si tous les projets de Garcia Moreno n'ont pu se réaliser, dit le docteur Gayraud, il nous reste du moins la satisfaction d'avoir assuré l'institution définitive des études pratiques d'anatomie et de chirurgie et d'avoir initié toute une génération médicale à des procédés scientifiques qu'elle ignorait complètement. Ce sont nos élèves qui occupent aujourd'hui les chaires de la Faculté de médecine, et les concours auxquels ils ont dû leur nomination ont donné la mesure des services qu'ils sauraient rendre à l'enseignement supérieur. Nous sommes sûrs que, grâce à eux, la France sera longtemps encore l'inspiratrice des progrès de la jeunesse équatorienne.

D'accord avec le docteur Domec, nous avions résolu, ajoute M. Gayraud, de publier les Notes médico-chirurgicales recueillies pendant notre séjour dans ce pays encore peu connu; une partie de ce travail avait déjà paru dans le MONTPELLIER MÉDICAL, lorsque des circonstances imprévues nous forcèrent à en suspendre la publication. Mon excellent ami et collaborateur, chargé d'enseigner d'abord l'anatomie, puis la médecine opératoire et les maladies syphilitiques à la Faculté de médecine libre de Lille, se surmenait pour suffire à ses nombreuses occupations. Bientôt sa santé donna de sérieuses inquiétudes à ses amis, qui le contraignirent à prendre un repos nécessaire. Cédant à leurs instances, il consentit à revenir dans la capitale de l'Equateur, dont le climat pouvait exercer sur lui une salutaire influence. Mais nos espérances ne devaient pas se réaliser, et nous apprenions, il y a quelques mois à peine, qu'il avait succombé aux progrès de cette fatigue cérébrale qui paraît être le triste apanage des intelligences d'élite. Pour satisfaire au désir qu'il avait si fréquemment exprimé, j'ai dû réunir en un seul faisceau les Mémoires parus déjà et ceux élaborés déjà en commun. »

Cet ouvrage est d'ailleurs des plus intéressants. Après une étude topographique et ethnographique de Quito, vient un travail sur la phthisie et l'état des phthisiques dans la capitale de l'Équateur où cette maladie est très rare, à tel point qu'on peut reconnaître an climat quiténien non seulement une influence préservatrice, mais encore une influence thérapeutique.

De plus, le climat de Quito semble réfractaire à la goutte et à la lithiase urinaire; et comme les rhumatismes y sont assez fréquents, M. Gayraud trouve dans ces résultats d'observation pure

Je pratique la trachéotomie à ce moment avec l'aide de M. Tournier, externe du service de M. Verneuil. La tête est en extension, la peau et les parties molles sont divisées au thermo-cautère; avec le bistouri, je fais l'opération inter-crico-thyroïdienne, mais l'incision me paraissant insuffisante, je suis obligé d'intéresser le tiers supérieur du cartilage cricoïde, afin de pouvoir passer rapidement la canule de fort calibre.

Le dilatateur est introduit et la canule de Krishaber munie de son mandrin est mise en place et fixée. Il n'y a pas à ce moment expulsion de mucosités, la respiration étant nulle.

L'opération a duré une minute environ et a été pratiquée en présence et avec l'aide de M. Tournier, externe à la Pitié, de l'économe de l'hôpital, du personnel du service; M. Couturier, externe à l'hôpital Necker, arrive au moment où la canule vient d'être mise en place.

L'opération, à mon avis, est faite dans des conditions désespérées.

7 h. matin. — On continue la respiration artificielle à l'aide de pressions vigoureuses sur le thorax, combinées à l'élévation et à l'abaissement rythmés des bras, pendant une demi-heure.

Aucun mouvement respiratoire spontané, aucun réflexe ne reparaît, la température ne peut être prise; on perçoit quelques battements cardiaques. Nos efforts déterminent l'expulsion de nombreuses mucosités qui obstruent la trachée. La pile électrique bornes : et : ne provoque aucune contraction.

7 h. 1/2. — En présence de l'inutilité de ces efforts, je me décide à pratiquer l'insufflation directe; après une forte inspiration, j'applique la bouche sur l'ouverture de la canule et j'insuffle de l'air sous forte pression, afin qu'il puisse déplacer les mucosités de la trachée : je fais huit à dix insufflations par minute environ.

7 h. 3/4. — Ce n'est qu'au bout d'un quart d'heure, c'est-à-dire quarante-cinq minutes après l'introduction de la canule, qu'apparaît pour la première fois le réflexe cornéen.

A ce moment, nous rayons la peau avec l'ongle; la circulation capillaire n'est pas encore établie et les rayures ne se colorent pas. Le malade ne fait aucune inspiration spontanée; on continue l'insufflation bouche à bouche.

7 h. 55. — Première inspiration spontanée (55 minutes après la trachéotomie). Le malade remue quelques doigts de la main gauche. Quelques minutes après, les insufflations étant toujours continuées à intervalles réguliers, le malade a quelques mouvements de l'avant-bras; le réflexe cornéen subsiste : la pupille est fortement rétrécie. Boules d'eau bouillante aux pieds.

8 h. — Dès que les premières manifestations apparaissent, je fais apporter de l'eau bouillante et j'applique le marteau de Mayor aux bras, aux jambes et sur le thorax; chaque application détermine un large effort d'inspiration comme pour pousser un cri; mais si l'on cesse d'appliquer le marteau, le malade ne fait aucun mouvement respiratoire, et l'on continue la respiration artificielle avec des alternatives d'insufflation directe et de pressions sur le thorax. La pile électrique est de nouveau employée pour réveiller la contractibilité musculaire, mais elle nous paraît absolument inefficace. Première injection d'éther.

8 h. 1/2. — Le malade ne respire pas dès qu'on l'abandonne à lui-même. J'ai alors recours à l'application de compresses trempées dans l'eau bouillante qui déterminent de la rubéfaction et provoquent des mouvements inspiratoires par sensation douloureuse.

9 h. — Le malade se cyanose subitement : l'asphyxie fait des progrès, les paupières retombent et la cornée devient louche. Je fais des insufflations directes. On apporte deux ballons d'oxygène et par le tube abducteur adapté à la canule j'en introduis dans la trachée (après avoir constaté la nature du contenu du ballon).

Enveloppement dans des alèzes brûlantes.

9 h. 1/4. — La trachée est obstruée par des mucosités abondantes : le mandrin de la canule de Krishaber se bouche et la forme même de cette canule gêne la manœuvre de l'écouvillon. La face se colore sous l'influence de l'oxygène. La stase sanguine des veines du thorax, révélée par la coloration noire des veines dilatées, disparaît. J'en profite pour remplacer la canule de Krishaber par la canule double ordinaire du plus fort calibre. On la fixe solidement.

9 h. 25. — La face est colorée, le pouls s'accuse et monte à 70. Quelques mouvements respiratoires spontanés, c'est-à-dire non déterminés par l'application du marteau de Mayor et des compresses d'eau bouillante dont on continue néanmoins l'emploi. Expectoration de nombreuses mucosités que l'on évacue par la canule à l'aide de pressions énergiques sur le thorax pour ménager la manœuvre de l'écouvillon, qui est difficile. Contraction spontanée des avant-bras. Deuxième injection d'une seringue de Pravaz d'éther.

9 h. 1/2. — La trachée est obstruée par des mucosités, les réflexes, provoqués par l'application du marteau de Mayor, sont très retardés. La face devient violacée. Pressions sur le thorax. Nettoyage à l'écouvillon. Quelques insufflations; la sensibilité à la chaleur revient; les mouvements respiratoires provoqués sont toujours très faibles.

Expulsion d'un débris de tissu sphacélé (provenant de la langue probablement).

9 h. 45. — Le malade accuse des mouvements volontaires; il fait signe de cesser l'application des lotions chaudes et porte la main aux points douloureux.

---

une occasion de nier la parenté des maladies arthritiques. Et nous ne saurions le suivre si loin.

Par contre, la doctrine de la contagiosité et la transmission héréditaire de la lèpre rencontrera dans ce volume de sérieux et solides arguments. MM. Gayraud et Domec ont pu conclure de leurs nombreuses observations que la forme tuberculeuse « est la forme dominante, sinon exclusive, de la lèpre équatorienne. Il ne s'est présenté aucun cas où les phénomènes, soit hyperesthésiques, soit anesthésiques, soit analgésiques, aient pu être constatés isolément. L'anesthésie et l'analgésie, surtout l'anesthésie, ont été observées à des degrés divers d'intensité ou de généralisation, mais seulement sur des sujets qui présentaient déjà les tubercules caractéristiques; selon les cas, les troubles de la sensibilité étaient limités aux points envahis par les tubercules, ou bien s'irradiaient à une certaine distance, mais paraissant toujours rester dans la sphère d'action du point tuberculeux. Rien, ajoutent les auteurs, ne nous prouve, il faut bien l'avouer, que chez ces malades l'anesthésie n'eût pas précédé l'apparition des tubercules. Nous n'en dirons pas moins que les résultats de notre observation nous portent à protester contre la distinction radicale que quelques auteurs ont voulu établir entre la lèpre tuberculeuse et la lèpre anesthésique; les troubles de la sensibilité ne sont, à notre avis, qu'un phénomène purement contingent dans les manifestations lépreuses. On pourrait tout au plus admettre deux formes d'une même affection, formes le plus souvent associées, et évidemment sous la dépendance d'une même cause. On ne peut pas plus séparer ces deux formes qu'on ne peut séparer l'arthrite et la névralgie d'un rhumatisant. Nous pouvons déduire une autre conclusion des faits observés, c'est que, chez la très grande majorité des lépreux équatoriens, les manifestations de la maladie commencent par la tête. »

Je dois me contenter de signaler les chapitres relatifs aux maladies carcinomateuses, aux maladies oculaires, aux résultats de la prostitution et à la syphilis à Quito, en appelant l'attention sur l'extrême rareté de la rage dans une ville où la race canine vit en toute liberté.

Il ne nous paraît pas inutile d'ajouter que cet intéressant volume est complété par un appendice où, à côté d'un travail sur les fractures de la colonne vertébrale et sur la gangrène du membre inférieur gauche par embolie de l'artère fémorale, et

Il fait des signes avec la main pour qu'on le tourne sur le côté, afin de pouvoir évacuer les mucosités bronchiques.

9 h. 50. — La face se cyanose de nouveau. Inhalations d'oxygène combinées à l'insufflation d'air. Application de compresses chaudes. Pressions sur le thorax pour expulser les mucosités. Le malade serre convulsivement la main d'une des personnes présentes.

10 h. — Même état, mais le malade se retourne et s'assied presque sur son séant. Dès qu'on abandonne les insufflations, l'asphyxie reparaît. Thermomètre dans le rectum : 36°,8? (Application difficile.)

10 h. 5. — Deuxième effort pour se lever ; la pression sur l'abdomen fait voir que la trachée ne contient pas de corps étrangers, comme nous avions pu le croire, ce qui m'avait conduit à introduire une longue pince.

Le malade obéit quand on lui dit de serrer la main ; amélioration de la respiration spontanée, mais elle ne peut être entretenue par les seuls efforts du malade ; quelques-uns des mouvements respiratoires tendent à devenir plus amples.

10 h. 10. — Pouls plus plein, 96 pulsations ; puis, tout à coup, toute respiration spontanée disparaît, cyanose extrême. Application du marteau de Mayor. Insufflation d'oxygène. Troisième injection d'éther. Taches livides des extrémités. La respiration est ramenée : boules d'eau chaude aux pieds (le réflexe plantaire n'existe pas encore), le malade est dans un état désespéré et nous le croyons perdu.

10 h. 1/2. — Même traitement. On continue la respiration artificielle ; on assied à demi le malade en le soutenant avec des oreillers pour faciliter les insufflations d'air. La respiration spontanée reparaît, très faible, et devient peu à peu plus fréquente.

10 h. 45. — Nouvel accès d'asphyxie aigué. Inhalations nombreuses d'oxygène, insufflations d'air, marteau de Mayor, boules d'eau chaude, flagellation.

11 h. 5. — Je pratique la respiration artificielle avec un soufflet ordinaire ; il est impossible de continuer avec cet instrument.

11 h. 1/4. — On apporte le soufflet à double effet de Verdin, mû par un moteur à manivelle. On installe à la hâte l'appareil en entretenant toujours le malade par les insufflations.

11 h. 20. — On continue la respiration avec cet appareil. Je fais de la révulsion sur tout le corps avec une forte brosse en chiendent. A la suite de cette excitation, on obtient pendant un instant la respiration spontanée qui cesse bientôt, et il faut de nouveau recourir au soufflet.

11 h. 1/2. — Le pouls radial a disparu, le pouls carotidien devient faible. On sent les pulsations de l'aorte abdominale.

11 h. 45. — On continue la respiration artificielle. La respiration spontanée réapparaît, mais très faible ; la face est cyanosée, les yeux fermés. Flagellation, révulsion à la brosse de chiendent.

Midi. — Deux ou trois respirations amples et spontanées. Le cœur bat avec violence ; le pouls devient bondissant et repousse le doigt. Il est très fréquent ; mais il n'y a toujours pas de contraction des muscles respiratoires. Le pouls est à 120. La réaction s'accentue et devient très vive.

Midi 5. — La respiration spontanée reprend, faible, mais assez rapide.

Midi 10. — La respiration diminue. On reprend la respiration artificielle. Le pouls est moins violent, mais reste très appréciable. Nous constatons maintenant la respiration, soit avec une glace, soit avec un index mobile. Applications par intervalles du marteau de Mayor.

Midi 1/2. — La respiration spontanée s'accentue ; elle est plus ample et plus fréquente. Pouls excessivement rapide, dur, bondissant.

Midi 40. — Inhalations d'oxygène nécessitées par le collapsus et la paresse des muscles respiratoires.

Midi 55. — Respiration beaucoup meilleure. Fortes inspirations de temps en temps. Petites inspirations assez fréquentes. Le pouls baisse un instant, puis reparaît au bout de quelques minutes.

1 h. 10. — Même état, mêmes alternatives. Le pouls reste sensible.

1 h. 1/2. — Le malade est abattu ; il semble dormir.

1 h. 45. — Pouls bon, assez calme. Même assoupissement.

2 h. — L'état n'a point changé.

2 h. 20. — Le pouls est à 104. Le malade n'est point réveillé par la palpation.

2 h. 45. — Pouls à 100. Respiration bonne.

3 h. 45. — Pouls très rapide (135 environ) ample. Le malade ouvre les yeux et fait comprendre qu'il me reconnaît. Il fait des signes avec la main.

5 h. — La trachée est obstruée par des mucosités. Excitation de la trachée par l'écouvillon, qui ramène des mucosités abondantes et provoque une toux qui complète l'expectoration.

Les matières expectorées sont rougeâtres, spumeuses.

Le malade paraît soulagé et respire largement.

Le pouls est toujours très rapide.

Le malade a toute sa connaissance et témoigne de la douleur au niveau de celles de ses brûlures, qui ont produit vésication.

5 h. 15. — Il demande qu'on relève les rideaux dont on avait entouré son lit, afin de voir le soleil, et il paraît satisfait. On applique sur la canule des compresses boriquées, et on pulvérise autour du lit de l'eau phéniquée faible et de l'eau pure.

5 h. 20. — Je panse ses brûlures au second degré avec des com-

---

d'une contribution à l'étude de la dégénérescence kystique du foie et des reins, on lira le rapport médico-légal de l'assassinat de Garcia Moreno et une curieuse relation de l'empoisonnement de l'archevêque de Quito par la strychnine.

On voit combien d'attraits le livre de MM. Gayraud et Domec peut offrir aux esprits studieux.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

— M. Edmond Nocard, professeur à l'Ecole d'Alfort, membre de l'Académie de médecine, est nommé directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, en remplacement de M. Goubaux, admis, sur sa demande, à la retraite.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le 1er mars 1888 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Mutations. — M. le médecin de 1re classe Barrème embarque sur le *Terrible* en réserve.

MM. les médecins de 1re classe Laffont, Kergrohen et les médecins de 2e classe Thamin, Roux, Borius, de Boyer de Camprieu, Duchêne, Perquis, Fougère et Delay sont désignés pour servir dans le Soudan français.

M. le médecin de 2e classe Fougère est désigné pour continuer ses services dans le Soudan français, en remplacement de M. Roussin.

M. le médecin de 2e classe Delay est désigné pour servir dans le Soudan français, en supplément d'effectif.

M. le médecin de 2e classe Morel est affecté, sur sa demande, au service des troupes, en remplacement de M. Fortoul.

M. le médecin de 1re classe Aubert est désigné pour embarquer sur le *Caïman*.

MM. les médecins de 1re classe Palasne de Champeaux, médecin-major du *Japon*, et Prat, embarqué sur le *Pétrel*, sont autorisés à permuter.

Une permutation est autorisée entre MM. les médecins de deuxième classe Ilbert, destiné à l'*Alceste*, au Gabon, et Jollet, disponible à Rochefort.

presses enduites de vaseline boriquée. Le malade manifeste le désir de se reposer et nous fait signe de nous tenir à l'écart.

6 h. 1/2. — Il se réveille, s'agite, veut écrire et finit par tracer des caractères presque informes et que l'on finit par déchiffrer :

« Combien je vous dois ? ».

6 h. 45. — Pouls à 115°.

8 h. — Il demande un lavement nutritif et à boire. On ne peut qu'humecter la bouche avec un pinceau. Respiration embarrassée. Nettoyage de la trachée à l'écouvillon. Amélioration sensible. Pouls fort. 120 pulsations. L'écouvillon est difficile à retirer, car il butte contre la canule et se plie ; il casse même une fois. Nous extrayons sans difficulté le fragment resté à l'orifice. Quelques minutes après, le malade respire bien.

8 h 40. — Le malade est très agité. Les mucosités obstruent de nouveau la trachée.

8 h. 45. — Le malade demande à uriner. Je cherche à passer une sonde molle en caoutchouc, mais je reconnais que le canal est très rétréci. Il finit par uriner seul 300 gr. de liquide environ. Il paraît avoir vidé complètement la vessie. Il demande à boire, et on lui donne un biberon ; mais la déglutition est impossible.

8 h. 50. — Agitation extrême. Le malade réclame par gestes la surveillante de service. Il a des idées de suicide et veut un revolver. Mucosités de la bouche, que j'évacue. Il essaie d'écrire ; mais, après avoir commencé un mot, le bras retombe par un mouvement brusque sur la planche en traçant une ligne verticale. Il veut retenir M. Gauillard, élève du service de santé militaire, qui est venu nous assister.

Après son départ, agitation extrêmement vive ; il réclame une arme par gestes impérieux, me saisit à la gorge et s'empare des ciseaux suspendus à ma boutonnière. J'ai beaucoup de peine à les lui arracher. Il cherche une arme et frappe sa poitrine et son lit à coups de poings.

9 h. 1/2. — Collapsus, sueurs, anéantissement par épuisement nerveux.

11 h. — Cet état dure jusqu'à onze heures. Nouvel accès ; il fait des gestes désordonnés ; il a conservé néanmoins la corrélation des idées, il veut se suicider. Je passe deux fois l'écouvillon et je retire une grande quantité de mucosités. Il fait signe qu'il veut uriner ; je renouvelle en vain des tentatives de cathétérisme, il n'y a pas émission spontanée d'urine. La vessie ne paraît pas distendue.

Agitation vive des bras. Intelligence très nette.

A cette agitation succède un calme absolu ; la température, qu'on ne peut constater avec le thermomètre, paraît être médiocrement élevée à la palpation.

11 h. 20. — Mucosités. Je passe l'écouvillon qui en ramène un grand nombre. Au moment où l'écouvillon est dans la canule, le malade articule quelques sons inintelligibles.

11 h. 35. — Agitation. Le malade montre son cœur et veut y enfoncer un couteau (il avait, depuis qu'il était opéré, des idées de suicide). Carphologie désespérée (pouls à 88 ?).

Le malade s'essuie fréquemment les yeux.

25 avril. Minuit 1/2. — Nouvelle agitation. On change le mandrin de la canule qui ramène quelques mucosités.

La respiration est assez bonne ; l'intelligence est intacte.

Minuit 1/2. — Injection d'une demi-seringue de morphine à 1 pour 100.

1 h. 1/2. — La trachée contient des mucosités dont on entend le gargouillement ; tout à coup vive excitation : le malade veut se lever, et M. Roche, interne en pharmacie, a peine à le contenir. En unissant nos efforts, nous parvenons difficilement à le maintenir. Je passe l'écouvillon, il sort quelques mucosités. Injection des trois quarts d'une seringue de morphine à 1 pour 100.

On humecte la bouche avec du vin.

3 h. 20. — On passe l'écouvillon.

3 h. 1/2. — On passe de nouveau l'écouvillon.

6 h. — Respiration relativement bonne. Pouls à 100. On entend dans la trachée des gargouillements nombreux. Teint suffisamment coloré. Le malade a froid. On place des boules d'eau chaude et un édredon. Les mains se réchauffent bien ; la force musculaire est normale.

6 h. 35. — Le malade est fatigué et assoupi ; on humecte de temps en temps les lèvres ; on prescrit la pulvérisation phéniquée et une compresse que l'on devra maintenir en permanence au devant de la canule.

7 h. — Le malade fait signe qu'il a faim ; il émet 100 grammes environ d'urine sédimenteuse.

De 7 h. à 11 h. — Repos.

11 h. — Agitation. Mouvements de préhension. Le malade veut partir avec l'économe qui est venu le voir. La respiration s'effectue librement ; après que l'on a passé l'écouvillon, le malade a uriné de son lit.

A 11 heures, M. Polaillon le voit et passe par la voie nasale une sonde œsophagienne. On lui fait ingérer ainsi du lait et du vin (la valeur d'un verre environ).

On laisse la sonde en place, mais le malade l'arrache et revient à ses idées de suicide. On enlève le pansement de la plaie (résection du maxillaire) et comme elle est presque complètement cicatrisée, on se contente de la recouvrir de poudre d'iodoforme.

11 h. 1/4. — Je passe l'écouvillon. Mucosités abondantes. Pouls plein et rapide.

1 h. — On change le linge du malade et on passe deux fois l'écouvillon.

4 h. 1/2. — Légère agitation. Pouls plein, bondissant 130 pulsations. Le malade demande à boire. Température appréciée à la main 38°.

5 h. 45. — Je passe la sonde œsophagienne. Je fais ingérer un Tood de 120 gr. et une seringue de 120 gr. de bouillon.

8 h. 45. — Le malade est agité. Je retire une grande quantité de mucosités. Injection d'une seringue entière de morphine au 1/50.

8 h. 55. — Le malade s'assoupit et reste tranquille, bien que la respiration soit accélérée. La face est couverte de sueur.

(*A suivre*).

LA VACCINATION CHARBONNEUSE

Il y a deux mois environ, dans sa lettre à la Société impériale et royale de Vienne, M. Pasteur, réfutant les critiques de M. Von Frish, était conduit à citer, entre autres arguments, l'exemple des vaccinations charbonneuses préventives qui, après avoir rencontré tant et de si tenaces oppositions, ont fini par s'imposer dans la pratique de par leur constante efficacité. M. Pasteur écrivait à ce propos « que les critiques déjà lointaines formulées par l'Ecole de Berlin avaient été depuis longtemps réfutées par les faits et que cette Ecole avait changé d'opinion ».

M. Koch, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Berlin, dans un article paru dans la *Semaine médicale* du 3 août, se défend d'avoir « en aucune façon, modifié son opinion première ».

Voici quels sont les faits sur lesquels s'est appuyé le professeur berlinois pour soutenir que la vaccination charbonneuse, préconisée par M. Pasteur, ne confère qu'une immunité insuffisante contre l'infection naturelle, qu'elle est d'une action préservatrice de trop peu de durée et ne peut être considérée comme utilisable dans la pratique :

« Pour savoir exactement à quoi m'en tenir, au moins en ce qui concerne l'Allemagne, j'ai prié M. Schütz, professeur à l'Ecole vétérinaire de Berlin, de vouloir bien me communiquer tous les

renseignements possibles sur les vaccinations charbonneuses pratiquées en Allemagne et leurs résultats. M. Schütz a répondu à mon désir de la façon la plus obligeante et la plus empressée, et je suis en possession de documents absolument authentiques recueillis avec une entière indépendance, d'une haute valeur démonstrative, et dont je veux présenter la substance. Leur réunion a demandé quelques semaines, et c'est ce qui a retardé la présente communication :

1o A Gorsleben, on vaccina, en 1882, 31 bovidés ; 3 mouraient l'année suivante (10 p. 100). Les vaccinations ne furent pas continuées. Il en mourut encore, dans la suite, 2 ou 3 par an, c'est-à-dire exactement autant qu'avant l'inoculation :

2o A Cannawurf, vaccination, en 1882, de 33 bovidés ; avant l'inoculation, on en perdait de 1 à 3 par an ; les pertes furent les mêmes après les vaccinations ; aussi renonça-t on à les continuer.

3o A Kelbra, en 1886, sur 140 bovidés, on en vaccine 64 : 76 restent non vaccinés. Chaque lot perdit une bête du charbon ; on n'a pas continué les vaccinations.

4o A Riethnowhausen, 22 bovidés sont vaccinés en 1886 ; un mois plus tard, 2 bêtes étaient mortes du charbon. On en est resté là.

5o A Klonie, on vaccine tous les ans, depuis 1882, tous les bovidés et ovidés. Autant que j'en puis juger par les renseignements à ma disposition, on peut compter pour ces dernières années, avec quelques oscillations en plus ou en moins, sur une moyenne annuelle de 270 bovidés et 600 ovidés. La mortalité chez les premiers varie entre 1 et 5 p. 100 (en moyenne 3,4 p. 100) ; chez les seconds entre 0,8 et 9 p. 100 (en moyenne 5,5 p. 100). A plusieurs reprises, on a vu des animaux *revaccinés* succomber au charbon. On manque malheureusement de données précises sur la mortalité avant la vaccination.

16o Mais les renseignements les plus importants sont ceux que nous devons aux inoculations pratiquées depuis 1882 avec le plus grand soin et la plus grande patience par le vétérinaire départemental Œmler, et par ordre du ministère de l'agriculture, au domaine de Packish. Depuis 1882, c'est-à-dire depuis cinq années, le troupeau presque tout entier, soit une moyenne de 80 bovidés et 360 ovidés, est vacciné tous les ans. Déjà l'opération de la vaccination tue 0.8 0[0 des moutons. Mais le charbon enlève encore en moyenne 4.2 0[0 des premiers et 1.5 0[0 des seconds. Là également, on compte parmi les victimes des animaux vaccinés plusieurs fois. En présence de résultats qui rendent si contestable l'efficacité du vaccin, on a réalisé, dans ces deux dernières années, l'expérience suivante : 100 moutons vaccinés et 100 moutons non vaccinés, se trouvant d'ailleurs dans des conditions identiques, ont été conduits dans des pâturages suspects. Or, deux des animaux vaccinés sont morts du charbon, puis l'année suivante, deux autres parmi les non vaccinés. L'expérience n'a donc été rien moins que victorieuse.

Nous demandons ce qu'il faut penser d'une méthode de vaccination qui a donné, après cinq ans d'essai, de pareils résultats. Et cependant les inoculations de Packisch ont été faites conformément à toutes les indications de Pasteur, et avec la lymphe fournie par son agent, M. Boutroux. Il ne s'agit pas ici de milliers de bêtes ; mais toutes les vaccinations sont exactement notées et les cas de mort scrupuleusement comptés ; nos chiffres ont une autre valeur que les gros nombres ronds de Pasteur, dont nous ignorons absolument l'origine ».

Dans une lettre adressée au directeur de la *Semaine médicale*, M. Pasteur répond en ces termes à M. Koch :

Arbois (Jura), le 15 août 1887.

Dans une lettre que j'ai adressée à la Société royale impériale des Médecins de Vienne, le 29 mai dernier, j'ai dit que « les cri« tiques déjà lointaines de l'École de Berlin ont été depuis long« temps réfutées par les faits et que cette École a changé d'opi« nion. »

Le docteur R. Koch, dans un article que publie la *Semaine médicale* du 3 août courant, s'élève contre cette assertion. Il déclare qu'il n'a en aucune façon modifié son opinion sur la valeur pratique des inoculations charbonneuses. J'avais été mal informé. Je le regrette pour l'École de Berlin ; mais je m'empresse de donner acte à M. Koch de sa rectification.

Cependant, sommes-nous donc si éloignés d'être complètement d'accord ?

Voici, en effet, ce que dit M. Koch :

« Pasteur s'appuie dans sa lettre sur les résultats des vaccina« tions en France dans les dernières années : plus de 200.000 mou« tons vaccinés annuellement présentent une mortalité par le « charbon, inférieure à 1 0/0, tandis que parmi les troupeaux non « vaccinés, cette mortalité s'élève à 10 0/0 ; plus de 20,000 bovidés « vaccinés par an fournissent une mortalité qui n'atteint pas « 0,5 0/0, tandis que, sans la vaccination, la mortalité de ces ani« maux est d'environ 5 0/0.

« Il semble bien, ajoute M. Koch, se dégager de ces chiffres que « l'inoculation charbonneuse est d'une haute efficacité. ».

Telle est, en effet, ma conclusion, et je n'ai pas d'autres preuves pratiques de la grande efficacité de la méthode que les chiffres rappelés par M. Koch et qu'il trouve très concluants.

Pourquoi donc M. Koch se défend-il de croire à la valeur pratique des vaccinations charbonneuses ? Uniquement par un sentiment de défiance qu'il ne justifie aucunement. En effet, il termine l'alinéa que je viens de citer par ces mots :

« Qui pourrait se porter garant de l'exactitude de ces chiffres ? « Comment et par qui les éléments de ce calcul ont-ils été ras« semblés ? Voilà ce que se demande quiconque s'est occupé de « statistique médicale et sait le cas qu'il convient d'en faire. »

Il résulte de ce qui précède que M. Koch ne demande qu'une chose pour croire à l'efficacité des vaccinations charbonneuses. C'est la garantie de l'exactitude des chiffres qu'il rappelle.

Eh ! bien, qu'à cela ne tienne. Le Congrès qui va s'ouvrir à Vienne le mois prochain sera une excellente occasion pour nous entendre. Tous les rapports des vétérinaires seront mis à la disposition de M. Koch et des personnes qui désireraient en prendre connaissance, et la méthode générale des inoculations préventives pourra être discutée.

Si ma santé ne me permet pas de me rendre au Congrès, M. Chamberland, auteur d'un des rapports imprimés présentés au Congrès, soutiendra les conclusions de son rapport sur les vaccinations préventives.

L. PASTEUR.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de l'Estomac.

Suite et fin. — Voir les numéros 33 et 34.

IV. SUR LA DISPARITION DE LA SÉCRÉTION DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE ET SUR LA MARCHE DES AFFECTIONS CATARRHALES DE L'ESTOMAC, par le docteur W. JAWORSKI (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1887, nos 7 et 8). — V. UN CAS D'ATROPHIE DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC AVEC PERTE DE LA SÉCRÉTION DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE. — ULCÈRE CARCINOMATEUX DU DUODENUM, par le professeur C.-A. EWALD (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, no 32, p. 527). — VI. UN CAS D'ATROPHIE COMPLÈTE DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC, par BENO-LEWY (*Ibidem*, 1887, no 4, p. 56). — VII. ATROPHIE DE L'ESTOMAC AYANT ÉVOLUÉ SOUS LES TRAITS CLINIQUES DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE, par F. HENRY et W. OSLER (*The

international Journal of medic. Sciences, avril 1886). — VIII. SUR LES CAS DE SUPPRESSION TOTALE DE LA SÉCRÉTION DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE, VOIRE DU SUC GASTRIQUE, SANS CARCINOME, par le docteur J. GRUNDZACH (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 30, p. 543. — IX. SUR L'ABSENCE D'ACIDE CHLORHYDRIQUE DANS LE CONTENU DE L'ESTOMAC, par L. WOLFF et le professeur EWALD (*Ibidem*, p. 546).

IV. Ce nouveau travail de M. JAWORSKI, fait sous la direction du professeur Korczinski (de Cracovie), nous servira en quelque sorte de transition entre ceux que nous venons d'analyser, qui avaient trait à l'hypersécrétion et l'hyperacidité du suc gastrique, et ceux dont l'analyse va suivre et qui traitent de l'atrophie de la muqueuse de l'estomac. Les observations et les recherches de M. Jaworski sont, en effet, de nature à nous apprendre comment l'hypersécrétion du suc gastrique peut, à la longue, ahoutir à l'atrophie de la muqueuse de l'estomac et de son appareil sécréteur. Les résultats de ces recherches sont résumées dans les conclusions suivantes :

1° Sous l'influence de quelque agent nocif (alcool, alimentation pimentée, irritations thermiques, etc.), il se développe une irritabilité de la muqueuse de l'estomac; par suite, les irritants physiologiques (aliments) produisent une sécrétion trop abondante de l'appareil glandulaire. — *Hyperacidité digestive transitoire*.

2° Si l'action délétère de l'agent nocif continne de s'exercer sur la muqueuse stomacale, il en résulte pour celle-ci nn état d'irritabilité permanente ; son appareil glandulaire sécrète, même à l'état de vacuité de l'estomac et sans l'intervention d'un agent d'excitation, un suc acide doué de la propriété de peptoniser. — *Hypersécrétion hyperacide continue*, qui peut engendrer non seulement des désordres locaux s'exaspérant à la suite d'un repas, mais encore des troubles réflexes à distance.

3° Si le processus morbide poursuit son évolution, l'excitabilité de l'appareil glandulaire atteint son apogée; il se fait une sécrétion continue et profuse de suc gastrique qui est à son maximum d'hyperacidité, avec insuffisance mécanique consécutive de l'estomac, souvent même dilatation de cet organe. A ce stade, l'affection se complique souvent d'un ulcère de l'estomac et prédispose à ce genre de lésion; les symptômes locaux prédominent sur les symptômes développés à distance. On doit se demander si les altérations anatomiques existantes sont encore susceptibles d'une *restitutio ad integrum* ;

4° Survient une *dégénérescence de l'appareil glandulaire* ; la muqueuse de l'estomac cesse de sécréter spontanément (à l'état de jeûn) de l'acide chlorhydrique; aux excitations qui l'atteignent, elle réagit par une sécrétion acide insuffisante et par une sensibilité anormale subjective. La sécrétion d'acide chlorhydrique commence à faire place à une production de mucus. — *Insuffisance de la sécrétion de l'acide chlorhydrique*. Sous l'influence d'une médication appropriée (sel de Karlsbad, borax, peut-être lavage de l'estomac), on peut obtenir une guérison apparente. Quand la médication est suspendue, l'affection passe à la phase suivante. Cette quatrième catégorie comprend les cas relatifs aux personnes qui se plaignent d'avoir un estomac faible et qui sont obligés, pour se soustraire aux troubles digestifs, de faire usage d'une alimentation de choix, très peu excitante.

5° *La sécrétion de l'acide chlorhydrique*, d'abord amoindrie, *finit par être complètement suspendue*; à la place de l'acide chlorhydrique, la muqueuse de l'estomac sécrète de grandes quantités de mucus: celui-ci renferme peu ou point de pepsine. — *Catarrhe muqueux*.

L'appareil glandulaire a, vraisemblablement, disparu en totalité. Cet état peut être provoqué par des médications intempestives; il se développe spontanément chez les buveurs.

Il y a donc lieu de distinguer deux variétés principales de catarrhe de l'estomac : le *catarrhe acide* (3), le plus fréquent, et le *catarrhe muqueux* (5), qui est une conséquence du premier.

V. Dans le courant de l'année dernière, M. Ewald, de Berlin, a publié une observation d'ulcère carcinomateux du duodenum, compliqué d'une atrophie de la muqueuse gastrique, avec destruction presque totale des éléments glandulaires de cette muqueuse. Le sujet de l'observation, une femme de 67 ans, avait été recueilli dans un asile, à la suite d'une fracture de la cuisse. Pendant son séjour à l'asile, cette femme éprouva des troubles digestifs qui incitèrent M. Ewald à examiner le contenu de l'estomac de la malade; on y trouva une certaine quantité d'acide lactique, mais point d'acide chlorhydrique. Des examens ultérieurs du contenu de l'estomac donnèrent toujours les mêmes résultats. La malade succomba au progrès de la cachexie, sans avoir eu d'hématémèses, ni de douleurs bien vives dans la région épigastrique. L'autopsie révéla l'existence d'un ulcère carcinomateux du duodenum, en voie de cicatrisation, de 1 c. 8 de diamètre et situé à 2 centimètres environ en aval du pylore; en outre, dans la région du cardia et dans celle de la grosse tubérosité de l'estomac, la muqueuse était atrophiée et les glandes avaient disparu; dans la région pylorique, la muqueuse était le siège d'une prolifération conjonctive et les glandes étaient en partie dégénérées. Voilà de quoi expliquer l'absence d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac de cette femme. Autre circonstance importante à noter, dans les différents examens qui ont été faits de ce contenu on a toujours constaté la présence de peptone et de propeptone, preuve que la sécrétion de la pepsine continuait de se faire, cette peptone trouvant d'ailleurs dans l'acide lactique le complément nécessaire à l'exercice de son pouvoir peptonifiant. Ce fait prouve donc que la secrétion de la pepsine est dévolue aux glandes de la région pylorique; la théorie de Heidenhain, comme quoi chez le chien les glandes de la région pylorique secrètent de la pepsine, mais point d'acide chlorhydrique, serait donc applicable à la physiologie humaine. D'autre part, l'observation d'Ewald est propre à faire admettre que l'absence d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac, constatée dans des cas de carcinome de cet organe, est la conséquence d'une atrophie concomitante de la muqueuse, dans les régions qui contiennent les glandes chargées de la secrétion de l'acide chlorhydrique.

VI. L'absence de l'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac (en état de digestion), ne saurait d'ailleurs être considérée comme un signe pathognomonique du carcinome de cet organe ou de la portion avoisinante de l'intestin. En effet, l'atrophie de la mnquense stomacale et la snppression de la sécrétion d'acide chlorhydrique qui en résulte s'observent dans d'autres circonstances pathologiques. M. Beno Lewy, ainsi qne le rappelle Ewald, avait publié dans le courant de l'année dernière (in *Beitraege zur pathologischen Ana-*

tomie und Physiologie, herausgegeben von ZIEGLER und NAUWERCK) deux observations d'atrophie de la muqueuse de l'estomac, survenue à la suite d'un empoisonnement par l'acide nitrique dans l'un des cas, et dans l'autre à la suite d'une gastrite chronique. M. Beno Lewy, qui pense que cette atrophie est relativement fréquente, en publie un nouvel exemple. Il concerne un employé en retraite, qui était resté bien portant jusqu'à l'âge de 70 ans. Durant l'automne de l'année 1885, cet homme fut affecté d'une dermatose squameuse, dont la véritable nature n'a pas été reconnue. Au printemps de l'année 1886, se développèrent les symptômes d'une dyspepsie chronique; Régurgitations, anorexie alternant avec des fausses faims, constipation, et surtout une douleur à caractères particuliers. C'était une sensation de brûlure très vive, qui partant de la région épigastrique, remontait lentement le long de la colonne vertébrale, pour aller s'éteindre dans le voisinage du larynx et recommencer au bout de quelques minutes. Pas d'hématemèses, pas de vomissements, pas de tumeur accessible à la palpation. Par contre, amaigrissement progressif, teinte jaune sale de la peau, œdème péri-malléolaire, un peu d'ascite. Dilatation considérable de l'estomac. Le lavage de l'estomac et les piqûres de morphine étaient les seuls remèdes qui procurassent quelque soulagement au malade. L'acide chlorhydrique faisait complètement défant dans le contenu de l'estomac, à quelque moment de la digestion qu'on pratiquât le cathéthérisme de cet organe.

Dans la suite, le malade a eu des vomissements et des hématemèses. Le lavage de l'estomac avait produit une amélioration considérable de l'état subjectif du malade, mais le dépérissement augmentait de jour en jour, malgré l'administration quotidienne de peptones. De la viande et du pain blanc, introduits dans l'estomac à travers la sonde, restaient indigérés après vingt-quatre heures de séjour dans cet organe. Des tentatives d'alimentation par la voie rectale ont été infructueuses. Le malade succomba dans le collapsus.

Dans les derniers temps de la vie du patient, on avait diagnostiqué : une dilatation de l'estomac, avec rétrécissement partiel du pylore, atrophie totale de la muqueuse (et de la tunique musculaire ?) de l'estomac, ulcère carcinomateux de la paroi postérieure de l'estomac, avec foyer carcinomateux dans le lobe gauche du foie. L'autopsie confirma ce diagnostic, sauf que l'ulcère carcinomateux contournait le pylore, formant une zone circonférentielle de la largeur d'une main. Dans tout le reste de son étendue, la muqueuse de l'estomac était fortement atrophiée; elle ne renfermait plus que des traces d'éléments glandulaires, sous forme de corpuscules en forme de bouteille (*scattered flask-like bodies*, suivant l'expression de Fenwick), et en un très petit nombre d'endroits seulement. Elle se réduisait à une mince couche de tissu adénoïde, formée par des cellules arrondies. La membrane sous-muqueuse également était atrophiée et ne renfermait plus d'éléments contractiles. La tunique musculaire était manifestement amincie. Enfin la muqueuse logeait des microbes d'espèces variées, entre autres un bacille dont la présence avait déjà été constatée dans les autres faits d'atrophie de l'estomac observés par l'auteur.

Eu égard à l'enchaînement des lésions, M. Beno Lewy propose l'explication suivante : Un carcinome s'est d'abord développé dans le voisinage du pylore, d'où rétrécissement de cet orifice, dilatation consécutive de l'estomac et catarrhe de cet organe (occasionné par le séjour trop prolongé des aliments et leur décomposition). La distension subie par l'estomac a entraîné l'atrophie de sa muqueuse; cette atrophie a peut être été d'ordre purement mécanique, c'est-à-dire une conséquence de la gêne circulatoire. Au siège du carcinome, l'infiltration de la paroi préservait celle-ci contre les effets d'une distension excessive; c'est pourquoi l'atrophie manquait à ce niveau.

Quoi qu'il en soit de la valeur de cette explication, M. Lewy insiste, non sans raison, sur ce que, en parlant des accidents morbides de la gastrectasie, les auteurs se sont occupés jusqu'ici presque exclusivement des conséquences mécaniques de la dilatation de l'estomac et presque pas de son retentissement sur la nutrition et la sécrétion de la muqueuse gastrique.

VII. Parmi les rares observations d'atrophie musculaire progressive, il s'en trouve, entre autres celles de Fenwick (*Lecture on atrophy of the stomach*, THE LANCET, 7 juillet 1877 et suivants), de Quincke (*Ueber perniciœse Anœmie*, VOLKMANN'S SAMMLUNG KLINISCHER VORTRÆGE, no 100, obs. VI), de Notbnagel (DEUTSCHES ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN, t. XXIV, fasc. 4 et 5, p. 353, 1879), qui ont évolué sous les dehors de l'anémie pernicieuse progressive ; dans ces faits, l'atrophie de la muqueuse de l'estomac a joué en quelque sorte le rôle de substratum anatomo-pathologique du syndrôme connu sous le nom d'anémie pernicieuse. L'observation de MM. Frédéric Henry et William Oser se rattache à ce groupe de faits. Elle est relative à un homme qui avait eu un chancre avec bubon à l'âge de 24 ans, et des accès de fièvre tierce cinq ans plus tard. Il avait fait des excès de boissons spiritueuses. A l'âge de 34 ans, il pesait 300 livres, et il était avec cela très robuste. Il commença alors à maigrir. En l'espace de huit ans, il avait vu son poids corporel tomber à 147 livres, puis remonter à 180. Au moment de son entrée à l'hôpital il présentait l'état suivant : grande faiblesse, anorexie, perversion du goût, dyspnée, vertige au moindre mouvement, constipation. Presque tous les aliments ingérés étaient vomis. Poids corporel, 139 livres. Teinte jaune paille de la peau et des conjonctives. Téguments abdominaux plissés. Diminution considérable du nombre des hématies, augmentation du nombre des leucocytes, nombreux microcythes. Richesse du sang en hémoglobine, relativement normale. Hémorrhagies rétiniennes. Plus tard, diarrhées profuses. Mort, au bout de sept mois environ. Les lésions constatées à l'autopsie se réduisaient à une atrophie de la muqueuse de l'estomac, avec destruction des éléments glandulaires, beaucoup moins prononcée dans la région pylorique; cicatrice au niveau de la petite courbure, — à une hyperplasie de la moelle des os, à une pigmentation cellulaire des différents organes, à une hypertrophie du pancréas.

Resterait à savoir quel rôle l'alcoolisme et la syphilis peut être ont joué dans la production de cette atrophie de l'estomac.

VIII. M. GRUNDZACH, un élève de M. Reichmann, a examiné au point de vue de la présence de l'acide chlorhydrique (pendant le travail digestif), le contenu de l'estomac de plusieurs centaines de sujets qui ne présentaient point les symptômes d'un cancer de cet organe. Chez cinq d'entre eux, l'acide chlorhydrique manqua d'une façon constante lors des différentes analyses que l'on fit de leur contenu stomacal.

Tous les cinq étaient affectés de troubles dyspeptiques; leurs âges respectifs étaient de 30, 37, 64, 30 et quelques ans. Chez aucun d'entre eux il n'existait de trouble de l'activité mécanique de l'estomac; autrement dit cet organe se débarrassait de son contenu dans les délais normaux. Aucun de ces malades n'était cachectique. Chez presque tous, les accidents dyspeptiques dataient de loin.

Aux yeux de M. Grundzac, ces faits constituent des preuves nouvelles comme quoi l'absence persistante d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac ne saurait passer pour un signe pathognomonique du cancer de cet organe. Ils montrent que les difficultés du diagnostic différentiel entre le cancer de l'estomac et certaines formes de catarrhe gastrique subsistent entières et que, pour résoudre le problème, nous en sommes réduits à tenir compte des circonstances de durée, d'évolution, de la présence ou de l'absence d'une tumeur, de l'âge, de l'absence de cachexie, du relèvement des forces et de la nutrition sous l'influence d'un régime et d'un traitement approprié. D'ailleurs, le pronostic de ces cas de catarrhe muqueux n'en apparaît pas moins comme grave, la suppression persistante de la sécrétion de l'acide chlorhydrique étant en rapport avec des altérations irréparables (atrophie des glandes) de la muqueuse de l'estomac.

D'autre part, l'intégrité des fonctions mécaniques de l'estomac, chez les sujets en question, semble prouver que ce sont les aliments et non le suc gastrique acide qui mettent en jeu la contractibilité des parois de l'organe. De même, l'état satisfaisant de la nutrition, constaté chez ces sujets, prouve que chez eux la digestion intestinale suppléait la digestion stomacale supprimée.

IX. MM. Wolff et Ewald, dans une série de recherches portant sur 17 malades affectés de troubles gastriques, ont constaté, chez 8 de ces sujets, l'absence persistante de l'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac. Chez aucun d'eux, il n'y avait de raisons plausibles d'admettre l'existence d'un cancer de l'estomac, voire que six des sujets examinés n'émettaient aucune plainte se rapportant à leur estomac. Deux de ces malades, des femmes, avaient un cancer du col. Ces faits viennent donc corroborer ce qui a été dit plus haut de la valeur diagnostique de l'absence prolongée d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

I. Essais de biographie médicale. Conseils aux étudiants sur les recherches bibliographiques, la manière de faire sa thèse, de ranger sa bibliothèque, etc., avec une préface par M. le professeur Laboulbène; par le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris. In-8° VII-251 p. Paris, 1887. — II. Vocabulaire médical allemand-français, par L. Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris. In-8°, 420 p. Paris, 1887.

I. J'avais lu avec un grand intérêt la plupart des articles que mon excellent collègue, M. le docteur Petit, a eu la bonne inspiration de réunir en volume. Je viens de relire ce volume avec le même intérêt. Son livre se compose de neuf chapitres, dont quatre méritent mieux que le nom d'essais. Ce sont de bons articles d'érudition, et d'une érudition très consciencieuse.

En effet, l'*Histoire de la première résection de l'épaule pour carie, attribuée à tort à Charles White (de Manchester)*, l'*Histoire d'une observation de Chopart perdue depuis un siècle*, *Une question de priorité entre Fernel et Galien*, et l'*Étude bibliographique sur le lipome sus-claviculaire*, constituent des documents à consulter pour l'histoire de la médecine et de la chirurgie. Par surcroît, l'auteur nous donne le détail des diverses pérégrinations bibliographiques auxquelles il a dû se livrer. Sa méthode est excellente. Ceux de ses lecteurs qui ne sont pas familiarisés avec la bibliographie ont tout à gagner à parcourir ces quatre chapitres, surtout en cas de recherches analogues. Dans le chapitre : *Sur les erreurs en biographie médicale et sur la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques*, l'auteur s'élève avec raison contre les bibliographies mal faites, les erreurs répétées à l'infini, la manie de post-dater les ouvrages imprimés en fin d'année; tout cela est fort bien dit. Notre collègue, bibliographe par instinct autant que par profession, est appelé chaque jour, par la nature de ses fonctions, à fournir à des travailleurs pressés des renseignements que les erreurs des auteurs rendent parfois longues et difficiles, et il ne faut pas s'étonner qu'il essaye d'apprendre à ceux qui le consultent le moyen d'éviter aux bibliothécaires futurs, aussi bien qu'aux lecteurs, les difficultés et les peines. Tous les bibliographes seront du côté de M. Petit. Quant à espérer que le public nous saura gré de nos efforts, il n'y faut pas compter; notre collègue en a déjà fait l'expérience. On le copie et on le copiera sans le citer, et les honneurs que peut procurer la bibliographie sont à peu près nuls. « La bibliographie n'est pas un sot métier, disait Quérard, mais c'est un métier de sot, l'on s'y ruine. »

J'ajoute qu'il faut l'aimer pour elle-même, pour les jouissances intimes qu'elle procure, et puis le bibliographe savoure parfois ses petites vengeances; il rectifie les auteurs d'autrui, il élucide un fait douteux, il fixe une découverte. Les avantages et les inconvénients du métier sont, après tout, des qualités, et je n'exagère pas en assurant que mon confrère, M. Petit, possède bien toutes ces qualités.

II. Le « Vocabulaire » dû à notre ami M. Hahn devra se trouver dans toutes les bibliothèques et dans celle des médecins qui se tiennent au courant de la littérature médicale allemande. Nous avons tous commencé un lexique de ce genre, l'allemand étant la seule langue qui permette et tolère, à chaque instant, la fabrication d'un mot nouveau. Les médecins les plus distingués de l'empire germanique cèdent à la tentation d'introduire des mots nouveaux dans chacun de leurs ouvrages, voire même dans les éditions successives de leurs œuvres, et il n'y a pas dix mois qu'un aliéniste allemand d'un savoir réel s'est attiré les critiques, même de ses compatriotes, pour avoir modifié, à chaque édition, sans que l'on ait su pourquoi, dans son pays, la plupart des noms de la classification de son ouvrage.

Pour ma part, depuis que le « Vocabulaire » de M. Hahn a paru, j'ai déjà trouvé dans des journaux allemands une cinquantaine de mots nouveaux, absolument nouveaux. Je les remettrai à mon excellent collègue, pour la deuxième édition de son livre, appelé, je le répète, à rendre les plus grands services.

Dr A. Dureau.

NOTES & INFORMATIONS

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences vient de recevoir une nouvelle fondation.

Par son testament, Mme Foher, décédée à Paris, vient de léguer une somme de 40,000 fr. à placer en rente 3 p. 100 sur l'Etat français. Les arrérages de ce legs serviront à la fondation d'un prix annuel, sous la dénomination de « Prix Dellion », qui sera décerné au travail ou à l'ouvrage se rapportant à l'art de guérir.

— Avant-hier, à cinq heures, a eu lieu, sous la présidence de M. le ministre de l'intérieur, la distribution des prix aux enfants idiots et épileptiques de l'hospice de Bicêtre.

Sur l'estrade, auprès de M. Fallières, on remarquait MM. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, Monod, directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance au ministère de l'intérieur.

— Le JOURNAL OFFICIEL vient de publier la 95e liste de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur; elle s'élève à la somme de 22.205 fr. 95, ce qui donne un total à ce jour de 1.872.625 fr. 34.

— On annonce de Rome, 19 août, à la GAZETTE PIÉMONTAISE, qu'un certain nombre de cas de maladie suspects se sont produits à Tivoli. Huit individus atteints du mal ont été immédiatement isolés.

Une dépêche du 22 août semble confirmer cette nouvelle :

Rome, 22 août.

Entre Tivoli, Vicovaro, Subiaco et Montecelli, on a constaté jusqu'à présent 15 cas de choléra et cinq décès.

En raison des conditions sanitaires, la direction des postes a suspendu les congés accordés aux employés.

La GAZETTE PIÉMONTAISE annonce que M. Crispi a reçu de Sardaigne des demandes pressantes et nombreuses à l'effet d'obtenir que l'île fut mise en quarantaine. M. Crispi a répondu par un refus énergique.

Ajoutons que la *Gazette piémontaise* est informée que le choléra a éclaté à Madica, près de Syracuse, et que le maire et les adjoints ont pris la fuite. Par suite, M. Crispi a dissous l'administration communale.

La *Gazette piémontaise* fait, d'ailleurs, remarquer que la plupart des maires et adjoints qui ont abandonné leurs postes sont décorés de l'ordre de la couronne d'Italie et de celui des saints Maurice et Lazare. Le ministre de l'intérieur va prendre les mesures nécessaires pour faire retirer leurs décorations aux tristes personnages en question.

Rome, 23 août.

Suivant la TRIBUNA, il n'y a eu hier à Messine aucun cas de choléra.

Il y a eu aujourd'hui à Patti 5 cas, à Gridemandri Scaletta 2, à Acerno 3 décès, à Biancavilla 2, à Bronte 5, à Giarre 2, à Maletto 2, à Paterno 2; à Palerme, du 21 au 22, 26 cas et 16 décès; à Catane, dans la journée d'hier, 2 décès.

MESURES SANITAIRES. — *Autriche-Hongrie.* — Les provenances de l'Ile de Malte sont soumises dans tous les ports du littoral austro-illyrien à une quarantaine de sept jours d'observation. Le temps employé à la traversée est compté aux bâtiments à vapeur ayant un médecin à bord.

Hollande. — Le ministre de l'intérieur a déclaré le port de Naples infecté de choléra asiatique.

Tunisie. — Ne sont plus soumises en Tunisie qu'à une simple observation de 24 heures, et à une inspection médicale, les provenances de la Sardaigne et de l'Italie, à l'exception de celles des ports de la province de Naples inclusivement, des îles du golfe de ce nom, de l'Italie méridionale jusqu'au cap Sainte-Marie-de-Leuca, de la Sicile et de Pantellaria, qui continuent à subir une quarantaine de huit jours.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort du docteur Giraud-Teulon. M. Giraud-Teulon (Marc-Antoine-Louis-Félix) né à La Rochelle en 1816, était destiné à la carrière militaire. Il entra à l'Ecole polytechnique et fut à la sortie élève sous-lieutenant à l'Ecole d'application d'artillerie et du génie de Metz. Puis il donna sa démission et se mit à étudier la médecine. Reçu docteur en 1848, il s'occupa surtout de physiologie comparée, étudia la mécanique humaine à l'aide de la géométrie et se fit connaître en France et à l'étranger par ses travaux ophthalmologiques et son invention d'un ophthalmoscope binoculaire. M. Giraud-Teulon appartenait à l'Académie de médecine, section de physique et de chimie médicale, depuis le 30 juin 1874.

Il a communiqué à cette Compagnie, dont il fut l'un des membres les plus assidus, la plupart de ses travaux originaux. Nous citerons les principaux : *Mécanique humaine. Recherches analytiques sur le mécanisme de la respiration* (Thèse, 1848). — *Considérations géométriques propres à préciser les rapports de situation du fémur avec le bassin dans les états morbides de l'articulation coxo-fémorale* (1854). — *Note sur la rectification d'une théorie nouvelle pour expliquer les battements du cœur* (Acad. des Sc., 1854). — *Mémoire sur l'influence exercée par la pression atmosphérique sur la tension dans les cavités séreuses de l'économie animale* (1857). — *Principes de mécanique animale*, ou *Etudes de la locomotion chez l'homme et chez les vertébrés* (1858). — *Théorie de l'ophthalmoscope, indispensable au maniement pratique de cet instrument* (1859). — *Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire* (1861). — *Leçons sur le strabisme et la diplopie* (1863). — *De l'œil* (1867). — *Telemètre à double image par division de l'oculaire* (1875). M. Giraud-Teulon fit un instant de la politique et fut préfet des Hautes-Alpes de 1848 à 1851. Savant distingué, aux allures discrètes, il était fort estimé de ses collègues. Courtois avec tout le monde, nous ne saurions oublier qu'il a enrichi la Bibliothèque de l'Académie. M. Giraud-Teulon est mort à Saint-Germain-en-Laye le 19 courant, dans sa 71e année. Il laisse un fils qui a été professeur distingué à l'Université de Genève.

A. DUREAU.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort d'un de nos confrères les plus sympathiques, le docteur Henri Legendre, ancien interne des hôpitaux. Il était âgé de 36 ans.

∴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Budin, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de clinique obstétricale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Filbiliu. Contribution à l'étude de la folie chez les enfants. — M. Fournier. Du traitement des métrites chroniques. — M. Aubel. Contribution à l'étude de la pathogénie du diabète.

M. Blaise. Impulsions ; amnésies ; responsabilité chez les aliénés. — M. Vollier. Etude clinique sur les péricardites sèches de la base. — M. Heftler. Etude sur les relations de la phthisie pulmonaire avec les maladies du cœur. — M. Chazeaud. Etude clinique sur le morrhuol. — M. Abrial. Contribution à l'étude des abcès miliaires du rein dans la fièvre typhoïde. — M. Hamon. Contribution à l'étude des céphalœmateuses. — M. Bordes. Ce qu'il faut penser

des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches.—Des causes de la mort dans la paralysie générale.— M. Cacarrié. Essai sur les amnésies toxiques.—M. Sainte-Marie. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow.— M. Rayneau. Contribution à l'étude des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse.—M. Coutenot. Des angiomes de la langue.— M. Malet. Contribution à l'étude des abcès pulsatiles de la région précordiale.—M. Ygouf. Essai sur la rage paralytique.— M. Persillard. Essai de diagnostic différentiel sur la chlorose et les maladies qui peuvent la simuler.— M. Lombard. Recherches sur les propriétés du salol.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 14 AU SAMEDI 20 AOUT 1887.

Fièvre typhoïde 18.—Variole 11 —Rougeole 12.— Scarlatine 4. — Coqueluche 6.— Diphtérie, croup, 18 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 177.— Autres tuberculoses 20. — Tumeurs : Cancéreuses 45. — Autres 7. — Méningite 32. — Congestion et hémorr. cérébr. 28. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 2.— Maladies organiques du cœur 47.— Bronchite aiguë 10. — Bronchite chronique 24. — Broncho-pneumonie 15. — Pneumonie 39. — Gastro-entérite ; Sein 40. — Biberon 108. — Autres 14.— Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 16. — Sénilité 23. — Suicides 21. — Autres morts violentes 14.— Autres causes de mort 118. — Causes inconnues 11.— Total de la semaine : 885 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Eléments de médecine suggestive. — Hypnotisme et suggestion. — Faits cliniques, par MM. les docteurs J. Fontan, médecin principal de la marine, professeur à l'Ecole de Toulon, et Ch. Ségard, médecin de première classe, chef de clinique à l'Ecole de Toulon. Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Traitement des raideurs articulaires fausses, ankyloses, au moyen de la rectification forcée et du massage, par le docteur G. Norstrom. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Célibat et célibataires, par l'auteur du « Mariage », vient de paraître à la librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, en un volume in-18 de 542 pages. Analyse vivante, physiologique et psychologique de cette vie anormale des deux sexes mettant en évidence ses causes occultes, mystérieuses, ses mobiles secrets, cachés, ses avantages et ses dangers. Huit variétés en sont distinguées du plus vrai. De là célibat religieux, au plus faux, le pseudo-célibat. De là ses rapports forcés avec l'onanisme, la prostitution et le concubinage et les maladies physiques et morales en résultant. Des mesures sont indiquées pour combattre cette lèpre sociale et une hygiène spéciale pour en prévenir les conséquences.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie En. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

ECHECS DE LA MÉTHODE PASTEUR EN ANGLETERRE, EN AUTRICHE ET EN FRANCE, par M. le professeur MICHEL PETER.

Quelques réflexions me semblent nécessairement surgir des échecs répétés de la médication soi-disant antirabique de M. Pasteur.

Et d'abord parlons de l'étranger :

ANGLETERRE. — La SEMAINE MÉDICALE nous a appris que le Comité chargé par la Chambre des lords d'étudier la question du traitement de la rage par la méthode Pasteur a publié son rapport, qui se termine à peu près comme celui de Horsley : on y conseille en effet, non pas la fondation d'un Institut Pasteur en Angleterre, mais comme conclusions : 1° la *muselière*, « quand règne la rage! » (autrement les chiens doivent rester libres dans ce pays de liberté); 2° la *mise à mort* des chiens errants ;..... et 6° on ajoute, *dans le cas où l'*EFFICACITÉ *de la méthode de M. Pasteur* SERAIT PROUVÉE D'UNE MANIÈRE CONCLUANTE, IL CONVIENDRAIT d'en faciliter l'application en Angleterre. »

Voilà le fameux rapport de M. Horsley jeté par dessus bord. Ce rapport, le voilà jugé comme nul et non avenu, car, considérez les formules du langage : on y emploie partout le « conditionnel » (*serait, conviendrait*), et non le « présent de l'indicatif » ; le tout précédé de cette écrasante restriction dubitative : *dans le cas où !* Ainsi « il conviendrait de faciliter l'application de la méthode », « dans le cas où il *serait* prouvé » (cela ne l'est donc pas?). Et je dis non pas prouvé d'une façon quelconque, mais « d'une *manière concluante*. » Voilà qui est concluant, et qui prouve que le rapport de M. Horsley ne l'est pas — concluant ; à dire vrai, je le savais bien, — et je l'ai dit ailleurs, ainsi qu'il convenait.

On était dans cette disposition d'esprit en Angleterre, lorsque tout à coup, voilà que, le 26 août, meurt à Londres, *enragé*, un nouvel inoculé de M. Pasteur. Et, cette fois, l'enragé n'est pas le premier venu, un croquant, comme Goffi (qui meurut naguère de la rage paralytique si semblable à celle de laboratoire), ou comme Cahill (qui est mort le 7 août dernier d'une rage analogue). Non, cette fois, l'enragé est un personnage, un grand personnage, un lord (lord Doneraile),— et, qui plus est, — un lord conservateur! (Voir le TEMPS du 28 août.)

On comprend que cette mort d'un grand seigneur enragé n'est pas pour prouver « d'une manière concluante » à la Chambre des lords (qui en doutait) l'efficacité de la méthode de M. Pasteur comme préservatrice de la rage; ni pour les induire à conseiller la fondation à Londres d'un Institut à l'instar de Paris, et destiné à préserver de la rage les lords et les vilains.

On comprend, d'autre part, que cette mort d'un Anglais, le 26 août, ajoutée à la mort d'un Irlandais, le 7 août, ce qui fait, pour un même mois, en Angleterre, DEUX morts par la rage des inoculés de M. Pasteur ; on comprend, dis-je, que cette mort de l'Anglais et de l'Irlandais ne soit pas pour convertir à la Méthode le public du Royaume-Uni (1).

Le rapport de M. Horsley m'y semble bien compromis, et la Méthode aussi.

AUTRICHE. — Elle n'est pas seulement compromise en Angleterre la fameuse Méthode, elle l'est aussi, et officiellement, en Autriche.

On sait qu'elle a été scientifiquement réfutée par le professeur von Frisch ; on sait que ce savant concluait de ses très nombreuses expériences, continuées pendant toute une année, que la Méthode primitive était inefficace et que la Méthode *intensive* était périlleuse, en d'autres termes, *donnait la rage* aux animaux en expérience.

On sait que j'étais arrivé de mon côté, et par l'observation clinique, aux mêmes conclusions : à savoir que la Méthode (première manière) ne prévenait pas la rage et que la Méthode (deuxième manière) pourrait bien la donner. De sorte que notre nosologie humaine se trouverait ainsi riche de deux nouvelles espèces de rage : la rage de laboratoire et la rage mixte ou canino-expérimentale.

Or, on avait objecté, relativement à von Frisch, que si cet Autrichien, jaloux de la gloire de M. Pasteur, avait essayé de le combattre, il y avait à Vienne même un autre Autrichien, Ullmann, qui, plus juste envers notre compatriote, prouvait la bonté de sa méthode en la pratiquant.

Cependant, comme le nerf de la guerre et des inoculations dites préventives — l'argent — lui faisait défaut, Ullmann demanda au ministre de l'Intérieur d'Autriche-Hongrie une subvention annuelle. Le ministre vient de répondre par l'envoi d'une somme de 1,000 florins (deux mille francs), mais en déclarant « *qu'en raison des* NOMBREUX ÉCHECS *de la Méthode, il n'accorderait plus désormais aucune subvention* pour la continuation des inoculations préventives ».

C'est dur!

(1) Il vient d'en mourir un *troisième*, en Angleterre, ces derniers jours d'août.

FRANCE. — La mortalité par la rage des inoculés de M. Pasteur n'y est pas en retard sur celle des autres nations, car, en *six semaines* (du 4 juillet 1887 au 19 août 1887), j'ai reçu la déclaration, aussi spontanée que sincère, de la part de médecins désabusés, de cinq cas de rage chez des inoculés de M. Pasteur.

Le premier cas de rage (4 juillet) m'a été fourni par le docteur Miquel, de Paris (il m'avait déjà fourni Réveillac, de sorte que M. Pasteur n'a pas la main heureuse avec lui); le second (11 juillet) m'a été communiqué par le docteur Devillers, de Guise (Aisne); le troisième (22 juillet) par le docteur Nadaud, de Larochefoucauld (Charente); le quatrième (également le 22 juillet) par le docteur Corrèze, d'Arazac-Adour (Hautes-Pyrénées); enfin le cinquième (19 août) m'est annoncé par le docteur Brethean, de Valençay (Indre).

Le premier cas est celui de Hurot, qui fut inoculé le lendemain de la morsure et n'en mourut pas moins de rage 35 jours après sa morsure par le chien enragé; le second cas est celui de Bourget, inoculé quatre jours après avoir été mordu et qui mourut 48 jours après morsure; le troisième cas est celui de Déclide, inoculé trois jours après avoir été mordu et mort 60 jours après morsure; le quatrième cas est celui de Gerde (Jeanne-Marie), inoculée trois jours après morsure et morte 116 jours après morsure; enfin le cinquième cas est celui de Pénichaud, inoculé vingt-quatre heures après avoir été mordu et mort 68 jours après morsure.

On ne peut donc pas invoquer, pour expliquer ou excuser l'impuissance des *injections* (si faussement dites « inoculations » et non moins faussement dites « préservatrices) », la longueur du temps écoulé entre la morsure et ces injections.

On ne peut pas non plus révoquer en doute la nature de la maladie, qui a bel et bien été la rage, laquelle est survenue du trente-cinquième au cent-seizième jour après morsure.

Enfin, deux fois sur cinq (chez Déclide et Gerde), la rage a été *paralytique*, et l'intervention du virus de laboratoire y a été soulevée par les médecins qui ont observé ces malades.

Les quatre premiers cas ont été déjà signalés un peu partout; je donne ici l'observation du cinquième enragé de ces six dernières semaines, lequel est encore inédit :

« Valençay (Indre), 19 août 1887.

« MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ MAÎTRE,

« Je crois vous être utile en vous transmettant l'observation suivante :

« Le jeune Pénichaud, âgé de 18 ans, demeurant dans la commune de Poulaines (Indre), a été mordu le 12 juin dernier par un chien reconnu enragé.

« Une demi-heure après la morsure, cautérisation énergique au fer rouge.

« Le lendemain, ce jeune homme part pour Paris où, pendant quinze jours, il est soumis aux vaccinations antirabiques (*méthode intensive*) à l'Institut Pasteur.

« Depuis son retour, notre malade se portait bien et avait repris ses travaux (battage à la machine à vapeur).

« Je fus appelé près de lui pour la première fois le jeudi 18 août. Mon client me raconte que depuis deux jours (16 août), il souffre d'une douleur assez violente dans le membre gauche, antérieurement mordu. Cette douleur est surtout forte à l'épaule et n'est pas continue. Il se plaint également de lourdeur de tête et d'insomnie. Jusque-là, il ne s'est pas trop inquiété; mais ce qui lui a paru grave et pour quoi il désirait me voir, c'est la difficulté qu'il a à boire les liquides, et surtout les liquides froids.

« En effet, sur ma prière, il tente sans succès et à plusieurs reprises d'avaler de l'eau sucrée, froide; mais immédiatement un tremblement nerveux le prend, sa figure se couvre de sueurs, ses yeux brillent d'un éclat extraordinaire, sa gorge se contracte et une oppression telle se manifeste qu'il craint d'étouffer.

« Avec l'eau tiède la souffrance est moindre, et il peut en ingurgiter quelques cuillerées.

« L'air froid lui donne la même sensation d'étouffement.

« Du reste, l'intelligence est nette; le pouls est lent.

« Les yeux sont très brillants et les pupilles, très dilatées, fonctionnent bien sous l'influence de la lumière.

« La nuit qui suit se passe entièrement sans sommeil. Il devient loquace, se tourmente, fait des prières.

« Le moindre contact fait éclater une crise.

« Il rejette continuellement une salive filante et meurt le lendemain, 19, à deux heures de l'après-midi, après avoir accusé un grand affaiblissement de la vue et une faiblesse extrême.

« Tels sont les faits, cher Maître. Je les crois intéressants et très probants. Malgré une cautérisation prompte et profonde, malgré un traitement rapide et énergique, la mort est arrivée 67 jours après la morsure. Aussi, sans prendre parti, dans la circonstance, pour ou contre l'inoculation antirabique, un doute affligeant naît dans l'esprit et mène droit au scepticisme.

« Veuillez, cher Maître, etc.

« Dr A. BRETHEAU. »

On remarquera que c'est dans les pays vraiment scientifiques, comme l'Angleterre et l'Autriche (où l'on ne peut pas faire, comme en France, miroiter, pour abuser l'esprit de nos savants, la question de patriotisme), que la Méthode Pasteur est jugée comme elle le mérite.

Ainsi la fameuse méthode échoue partout, à l'Orient comme à l'Occident, en Autriche comme en Angleterre. Il ne me reste plus qu'à en dire, ô tristesse, qu'elle est une colossale mystification !

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — Service de M. POLAILLON.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES PROCÉDÉS DE RESPIRATION ARTIFICIELLE, par PAUL THIÉRY, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Suite. — Voir le numéro précédent.

TROISIÈME PARTIE.

26 avril. — 2 h. 1/2. — La canule est obstruée. On passe deux fois l'écouvillon; il sort un flot de pus grisâtre et fétide. Le malade respire bien. J'injecte les trois quarts d'une seringue de morphine à 1/50. Je renouvelle la compresse boriquée. Il articule quelques sons pendant que l'on passe l'écouvillon.

4 h. 1/4. — Nouvelle excitation. Je passe deux fois l'écouvillon. Je retire des mucosités assez abondantes. Le malade a uriné dans son lit. Il demande par gestes le bassin, mais il ne peut aller à la selle. J'essaie de le faire boire au biberon; il avale quelques gorgées. Il a sa connaissance parfaite et cherche à parler.

5 h. à 8 h. — Il dort tranquillement, puis l'agitation reparaît.

9 h. — Je passe l'écouvillon. Pus abondant. Agitation. Le malade a uriné dans son lit. On continue la pulvérisation phéniquée.

11 h. 1/2. — Je passe la sonde œsophagienne par la voie nasale et j'introduis deux seringues de bouillon et deux œufs mélangés : 240 gr. en tout, et un tood de 120 gr. Le malade régurgite une

faible portion de ce liquide et il en évacue un peu par l'orifice de la canule.

Il était impossible de passer la sonde par la bouche. Pouls 120. Il s'endort. La trachée est encore obstruée.

1 h. — Le malade est vu par MM. Raymond et Roche ; il est assez calme.

2 h. — Agitation extrême. Notre collègue Raymond lui fait une piqûre de morphine de trois quarts de seringue : solution à 1/50. L'agitation dure encore une demi-heure. Sueurs abondantes. Il expectore lui-même les mucosités. Il a uriné dans son lit.

2 h. 1/2. — Le malade est vu par M. Barthélemy, externe du service. Agitation extrême. Le pouls est évalué à 170o.

3 h.—Le malade s'assoupit.

4 h. 1/4. — La canule est libre, la respiration est active. Le malade est encore assoupi.

4 h. 1/2. — Il s'éveille. Le pouls est à 130o environ.

4 h. 50. — Je fais asseoir le malade. Avec l'abaisse-langue, je réussis à passer une forte sonde œsophagienne par la voie buccale. J'injecte deux seringues de lait et d'œufs mélangés (240 gr.) et une seringue de vin. Le liquide n'est pas régurgité. La trachée est obstruée. Je passe l'écouvillon : il sort une grande quantité de pus. Le malade respire bien ; on élève un peu les épaules pour faciliter le passage de l'air à travers la canule. Pouls 130 à 140o. Pansement de la plaie trachéale à la gaze iodoformée. Le malade a fait des efforts pour enlever la canule, et la plaie des parties molles semble un peu élargie ; elle est sanieuse.

Prescriptions pour la nuit : un lavement nutritif avec 1 gr. de sulfate de quinine. Eau de citron pour laver la bouche ; compresses boriquées au-devant de la canule.

On installe des planches pour empêcher le malade de tomber de son lit lorsqu'il s'agite.

5 h. à 9 h. — Le malade expectore souvent du pus en se plaçant dans une position déclive.

9 h. 1/2. — Agitation considérable. Le malade cherche à arracher sa canule et à la boucher avec son doigt. Il porte ses doigts à sa langue, comme s'il y avait là une gêne continue. Il cherche à se lever et à sortir de son lit. Je cherche à lui humecter la bouche, mais il saisit les pinceaux et les brise. Respiration haletante, ample cependant, excessivement bruyante. Tout à coup, il pousse des gémissements. Le pouls est fort, dur, très rapide, 140o environ. Je fais, à dix minutes d'intervalle, deux injections de morphine d'une seringue chacune (solution au 1/50) au niveau du bras gauche et de l'épaule correspondante. Compresses froides sur le front. Le malade se calme un peu.

27 avril. — Agitation très vive. J'introduis l'écouvillon. Le pus coule abondamment. Je fais une injection de trois quarts de seringue de morphine (solution au 1/50). Le malade semble délirer. Il a peur des instruments. Il se lève et se penche pour évacuer sa trachée. Il a uriné dans son lit et rendu des matières liquides par l'anus, peut-être le lavement qui lui a été donné à 8 h. Il reste fort agité jusqu'à 4 h. et répond cependant par quelques mouvements des lèvres aux questions qu'on lui pose.

4 h. — J'ordonne deux tiers de seringue de morphine à 1/50. Le malade se calme et reste assoupi jusque vers le matin.

7 h. — L'agitation recommence. Il ne reconnaît pas sa femme qui vient le voir. Il cherche cependant à la retenir lorsqu'elle veut s'éloigner.

7 h. 1/4. — Il est en collapsus. Évacuation de pus par la trachée.

8 h.—L'asphyxie recommence ; il y a cyanose. Le pouls devient misérable et d'une fréquence inouïe. Les extrémités sont froides, les paupières closes, la respiration embarrassée, les cornées ternes. J'évacue une grande quantité de pus avec l'écouvillon. La respiration devient un peu plus facile. Râles nombreux dans la poitrine.

11 h. 1/2. — M. Polaillon le voit et fait appliquer des ventouses sèches. On en place 45 sur le thorax. Il se forme immédiatement de nombreuses ecchymoses violacées.

Il apparaît des marbrures livides aux mains, qui sont froides. Le malade a perdu conscience.

11 h. 45. — Nouvelle injection d'éther : une seringue. On passe encore une fois l'écouvillon.

L'asphyxie fait des progrès rapides.

Midi 1/2. — Décès.

L'autopsie n'a pu être faite, la famille s'y étant formellement opposée.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Kyste de l'ovaire à contenu colloïde, rompu dans le péritoine. — Dégénérescence colloïde du péritoine dans la partie inférieure de l'abdomen. — Ovariotomie avec lavage du péritoine. — Syncope pendant l'opération. — Trachéotomie. — Respiration artificielle. — Retour de la respiration. — Mort par péritonite suraiguë.

PREMIÈRE PARTIE (due à l'obligeance de notre collègue Janet).

M... (Anna), âgée de 40 ans, entre à la Pitié, salle Gerdy, no 1, le 1er juin 1887. Bonne santé antérieure. Rien de particulier à noter du côté de l'abdomen, lorsque le 20 avril dernier elle s'aperçoit du développement uniforme que prend l'abdomen. D'ailleurs, point de tumeur localisée.

En un mois, le ventre acquiert les dimensions qu'il offre actuellement : la malade va consulter M. le docteur Empis, qui l'adresse à M. Polaillon.

État à l'entrée — Ventre uniformément distendu et arrondi avec proéminence vers la partie inférieure ; pas de vascularisation des téguments ; l'ombilic est peu éloigné de la symphyse pubienne ; pas d'œdème des membres inférieurs, ce qui permet d'éliminer l'idée d'ascite. A la palpation et à la percussion, fluctuation nette, matité absolue et générale, sauf à l'épigastre et du côté des flancs, où l'on trouve une zone étroite de sonorité. Les urines sont normales ; les selles ont contenu, dit-elle, des matières analogues à du blanc d'œuf ; l'appétit est bon, il n'y a pas eu d'amaigrissement.

2 juin 1887. — On pratique une ponction qui ne donne issue à aucun liquide ; en y joignant l'aspiration, on retire une masse glutineuse, gommeuse et consistante qui s'engage avec peine dans le trocart : examinée au microscope, cette masse se compose d'une matière amorphe abondante, colloïde, contenant quelques globules blancs.

5 et 6 juin. — On purge la malade, on l'envoie au bain, et le *7 juin* on pratique la laparotomie.

Opération le 7 juin. — Pratiquée dans la salle d'opération du pavillon spécialement réservé aux ovariotomies. Précautions antiseptiques minutieuses. Chloroformisation.

M. Polaillon pratique une incision verticale sur la ligne médiane sur une longueur de 10 centimètres ; on reconnaît le péritoine, que l'on incise, et c'est à ce moment qu'apparaît la matière colloïde analogue à celle qu'avait retirée le trocart. On est donc en présence d'un kyste de l'ovaire à contenu colloïde, rompu dans le péritoine, comme on peut s'en apercevoir en renversant le kyste en avant après avoir notablement agrandi aux ciseaux l'incision primitive.

On cherche alors à retirer l'énorme masse colloïde qui se présente, mais celle-ci, glutineuse, élastique, ne se laisse pas saisir et l'extraction en devient à peu près impossible.

M. Polaillon songe alors à la diluer dans une grande quantité d'eau chaude bouillie : effectivement, la masse se dilue et en combinant à ce procédé des pressions énergiques de l'abdomen, on peut retirer une grande partie de la masse colloïde. A ce moment, on aperçoit une membrane plissée, tomenteuse, vasculaire, qui

représente la paroi du kyste rompue à sa partie supérieure ; en même temps, les anses intestinales sont poussées à l'extérieur par les contractions des muscles abdominaux ; elles sont fortement vascularisées et présentent des adhérences par places ; elles sont remises en place, et, pour compléter le lavage du péritoine, on injecte de nouveau de l'eau bouillie dans sa cavité.

Subitement, la respiration s'embarrasse et la malade passe à l'état asphyxique. A ce moment, il y a quarante-sept minutes que l'opération est commencée. M. Polaillon continue et termine l'opération pendant que nous cherchons à parer aux accidents que détermine cette syncope.

Deuxième partie (personnelle).

La respiration devient anxieuse, difficile : les yeux se convulsent et la face se cyanose ; le pouls disparaît ; on attire la langue au dehors, mais l'asphyxie continue et devient complète. Respiration artificielle par élévation des bras et pression du thorax : ce procédé, employé pendant cinq minutes, reste inefficace. Je fais alors trois insufflations bouche à bouche, mais l'air passe dans le tube digestif et ne remplit qu'imparfaitement les poumons. On continue encore dix minutes ou un quart d'heure la respiration par élévation des bras et je fais de temps en temps une insufflation : peu d'amélioration.

Je songe alors à faire l'insufflation directe après trachéotomie.

9 h. 47. — Pas de réflexe cornéen, cyanose complète, refroidissement ; les pupilles sont néanmoins contractiles, les cornées dépolies : pouls imperceptible, bruits du cœur sourds. Notre collègue et ami Janet pratique la trachéotomie au-dessous du cartilage cricoïde : incision de la peau, du tissu cellulaire ; on tombe sur une veine volumineuse que le bistouri sectionne. On incise alors la trachée, et à ce moment une veine donne du sang en jet : ce sang veineux est absolument noir. On place une pince hémostatique.

9 h. 50. — On introduit une canule de fort calibre à l'aide du dilatateur et à ce moment je pratique, à intervalles réguliers, l'insufflation directe avec la bouche, combinée à la pression expiratoire du thorax.

9 h. 55. — L'aspect de la face devient meilleur : la cyanose tend à disparaître. Le pouls revient. Une seringue d'éther en injection hypodermique.

10 h. — Pas encore de respiration spontanée. On continue l'insufflation directe. Compresses d'eau bouillante sur le thorax.

10 h. 15. — Pas de respiration spontanée. On applique le marteau de Mayor. La circulation capillaire existe, car il y a rubéfaction de la peau, mais les extrémités digitales sont froides. Le marteau de Mayor ne détermine aucune réaction. La malade fait un essai de mouvement de déglutition.

L'insufflation détermine l'entrée de l'air dans l'estomac ; on le chasse par compression de l'abdomen, afin qu'il ne gêne pas les mouvements du diaphragme.

10 h. 25. — Il y a quelques mouvements fibrillaires du côté des paupières, excessivement faibles d'ailleurs. Pas encore de réflexe cornéen. Pupilles toujours contractées. Transparence de la cornée. Aucun mouvement spontané. Les bruits du cœur sont toujours sourds ; le pouls est perceptible. On injecte une seringue d'éther.

10 h. 35. — Le pouls se maintient. Quelques mouvements très faibles des paupières. L'œil est bon. Le pouls tend à devenir plus ample.

10 h. 45. — On peut établir la respiration artificielle à l'aide de l'appareil prêté par M. Verdin. On applique des sinapismes sur les cuisses et le thorax. On continue la flagellation avec des compresses d'eau bouillante et on emploie le marteau de Mayor.

10 h. 50. — Quelques mouvements de déglutition qui semblent spontanés ; quelques clignements des paupières. La malade n'ouvre pas les yeux et reste insensible aux excitations extérieures.

10 h. 55. — Le pouls est faible et rapide : 120 environ. Le coma persiste. On sent encore le chloroforme qui s'élimine par l'appareil respiratoire.

11 h. 10. — Le pouls devient imperceptible. Une seringue d'éther.

11 h. 19. — Le pouls tend à se rétablir. On voit les pulsations cardiaques soulever l'espace intercostal.

11 h. 20. — Première contraction du diaphragme, suivie bientôt de celle des muscles abdominaux. Quelques respirations spontanées.

11 h. 30. — La respiration spontanée s'établit et est constatée à l'aide d'une glace. Le pouls est toujours rapide et la face colorée.

La malade est laissée sur le lit d'opération. Le collapsus persiste.

Midi. — Elle ne peut ouvrir les yeux et ne nous entend pas. Respiration spontanée fréquente, pouls petit, yeux clos. Clignements des paupières.

1 h. — Nous revoyons la malade : même état. Peau assez chaude, respiration spontanée fréquente ; immobilité. Le coma persiste. Nous la mettons néanmoins dans son lit, à l'aide du lit de Mariaud, sur lequel elle était couchée. Boules d'eau chaude. On la laisse reposer. Pouls tumultueux, faible : 120 pulsations. Face assez colorée. Révulsion produite par les sinapismes apparente. Battements carotidiens visibles. Yeux vitreux au niveau où les paupières ne sont pas au contact.

3 h. 30. — Régurgitation de sang.

4 h. — La température est de 37°,5. Etat relativement bon. Elle ouvre les yeux et répond à nos interrogations lorsqu'on applique le doigt sur la canule. Sueurs froides. Un Tood. Respiration assez bonne et ample, un peu rapide. On maintient une compresse boriquée au-devant de la canule. Pansement iodoformé de la plaie trachéale.

7 h. — On sonde la malade et on retire deux verres à expérience d'urine verdâtre.

9 h. — La malade vomit.

10 h. — Etat satisfaisant. La face est colorée et chaude ; température des extrémités bonne. Elle cherche à causer et répond bien à nos interrogations ; mais elle se plaint de douleurs excessivement vives à l'épigastre et du côté de l'abdomen. Elle repose après avoir vomi. Soif vivo.

Prescription : Champagne et café glacés par cuillerées.

Le corps est couvert de sueur.

Troisième partie.

8 juin. — Minuit. — Douleurs très vives du côté de l'abdomen. Soif extrême. Un peu d'agitation. Etouffements depuis quelques instants. Elle demande le bassin et n'urine pas. Une demi-seringue de morphine. Mêmes prescriptions.

3 h. 45. — Etat assez bon. Soif continue. Yeux hagards. La malade est un peu agitée. Température, appréciée à la main, satisfaisante. Respiration un peu saccadée, fréquente, mais ample.

La malade se cyanose. Les mains sont très froides, les lèvres bleues.

5 h. — Il y a encore de la transpiration. Je lui fais avaler quelques cuillerées de café, champagne, etc. Elle demande de la bière et boit avec avidité. La bouche est très sèche. Elle dit qu'elle est perdue. Il est difficile d'apprécier s'il n'y a pas de subdelirium, car elle demande à se lever. Nausées sans vomissements. Boules d'eau chaude aux pieds. Alèzes chaudes sur le corps. Elle parle bien et répond aux interrogations. Quelques minutes après, la face redevient chaude et l'état meilleur. Pouls très petit, difficile à constater et à évaluer.

Environ 45 respirations à la minute. Leur amplitude est bonne et la canule libre.

7 h. 15. — Agitation extrême. Mouvements de carphologie. Elle est difficile à contenir. Loquacité. Il semble y avoir du délire. Elle manifeste des douleurs vives du côté de l'abdomen. Je prescris

une demi-seringue de morphine, des alèzes chaudes. Les mains sont toujours froides et le corps baigné de sueur.

9 h. 15. — La malade est froide, complètement cyanosée. Sueurs froides, faciès abdominal. Respiration anxiense. N'a plus conscience. Agonie. Température vaginale 40°.

Morte à 9 h. 30, sans phénomènes particuliers.

L'autopsie est faite le lendemain. La mort est due à une péritonite suraiguë; une notable portion de la masse colloïde n'avait pas été détachée du péritoine.

(A suivre)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Etiologie, pathologie et traitement de la blennorrhagie.

I. LA VALEUR PRATIQUE ET LA SIGNIFICATION DES GONOCOCCUS, par le docteur F. LŒWENHARDT (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, n° 68, p. 763). — II. SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'ARTHRITE GONORRHÉIQUE, par le docteur SMIRNOFF (*Wratsch*, 1886). — GONOCOCCUS DANS UN CAS D'ARTHRITE GONORRHÉIQUE, par le docteur HAL (*New-York medical Journal*, 29 mars 1886). — III. ETUDES EXPÉRIMENTALES SUR LA PATHOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE, par le docteur L. CASPER (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1887, n° 5, p. 74).

I. M. LŒWENHARDT, assistant du professeur Neisser (de Breslau), a exposé sommairement les vues de son maître sur la valeur pratique de la recherche des gonococcus dans les sécrétions blennorrhagiques ou présumées telles. Tout d'abord, l'auteur pose en fait que les inoculations, soit de pus tenant en suspension des gonococcus, soit de cultures pures de ce micro-organisme, ont toujours engendré une blennorrhagie à évolution bien caractéristique, résultat qui n'a jamais été obtenu à la suite des inoculations de matières ne contenant pas de gonococcus. La constatation de ce microbe a donc une valeur diagnostique de premier ordre, lorsque, dans un cas douteux, on veut s'éclairer sur la véritable nature d'un écoulement uréthral ou autre. L'utilité de ce signe éclate surtout dans les cas d'écoulements de vieille date, ayant persisté à la suite d'une blennorrhagie uréthrale ou vaginale, alors qu'on hésite sur la question de savoir si on a affaire à un écoulement spécifique, partant contagieux, ou à un simple catarrhe. De même encore, dans les cas d'ophthalmie des nouveau-nés.

D'autre part, même quand la nature infectieuse d'une uréthrite aiguë chez l'homme ne fait l'objet d'aucun doute, la recherche des gonococcus dans la sécrétion uréthrale fournit des indications très utiles sur l'évolution de la maladie et sur l'efficacité des médicaments employés.

Cette recherche est devenue d'ailleurs très facile, depuis que l'on a simplifié les procédés de coloration qu'on emploie pour mettre en évidence les microbes pathogènes dans les humeurs et dans les tissus. Voici comment il faut procéder pour la recherche des gonococcus :

Sur un porte-objet on étale, en frottant, une gouttelette de pus qu'on dessèche ensuite au-dessus d'une flamme. Puis on laisse séjourner le tout pendant un quart de minute environ dans une solution aqueuse de bleu de méthyle (1 %). Après quoi, la préparation est prête à servir pour l'examen microscopique. Au moment de pratiquer cet examen, on dépose une goutte d'huile sur la préparation préalablement desséchée et qu'on immerge (immersion homogène) dans de l'huile. Suivant le stade auquel sera parvenue la blennorrhagie, on découvrira, en proportions variables, des noyaux de cellules épithéliales aux contours mal dessinés et des cellules de pus, colorés par le bleu de méthyle. Les gonococcus se présenteront sous forme d'amas arrondis de diplococcus, disposés autour des noyaux des cellules de pus. Ces diplococcus ont, à peu de chose près, la forme de grains de café. Leur longueur varie entre 1,6 et 0,8 μ, leur largeur entre 0,8 et 0,6 μ. Quand l'imprégnation de la matière colorante s'est un peu prolongée, il en résulte une tuméfaction des hémisphères qui constituent chaque diplococcus, et un rétrécissement de la fente médiane. Le groupement en amas disposés autour des noyaux cellulaires est un caractère diagnostique d'une valeur spécifique, selon Neisser, car il n'a été retrouvé jusqu'ici pour aucune autre variété de diplocoque. Pour la recherche des gonococcus dans les sécrétions morbides des organes génitaux chez la femme adulte, il faut utiliser de préférence le muco-pus qui s'écoule du col (ou de l'urèthre), les microbes en question ne pénétrant que difficilement dans l'épais épithélium pavimenteux qui tapisse le vagin, tandis que l'épithélium cylindrique du col et de l'urèthre est pour eux un lieu d'immigration favorable.

II. Contrairement aux résultats obtenus par HASLUND (voir GAZETTE MÉDICALE, 1885, n° 33, p. 391), SMIRNOFF et HAL ont constaté, chez deux malades, la présence du gonococcus de Neisser dans le liquide extrait d'une jointure qui était le siége d'une arthrite blennorrhagique. Le malade de Smirnoff était affecté d'une uréthrite virulente avec épididymite, qui se compliqua plus tard d'une arthrite du genou. Le liquide séro-purulent, extrait de la jointure intéressée, tenait en suspension des cellules de pus ; autour de leurs noyaux étaient groupés des amas de diplocoques en tout semblables à ceux qu'a décrits Neisser.

Le sujet de l'observation de Hal était affecté depuis cinq semaines d'une gonorrhée virulente, avec tuméfaction douloureuse du genou gauche, lorsqu'on lui fit une ponction aspiratrice de la jointure malade. Le liquide ainsi obtenu contenait une grande quantité de cellules épithélioïdes, mais peu de globules de pus. Dans ces deux variétés de cellules se voyaient des amas de gonococcus bien caractéristiques. Des ensemencements faits dans de la gélatine à la peptone de viande et dans de l'agar n'ont pas abouti, résultat que l'auteur interprête comme une preuve de la faible vitalité des gonococcus en suspension dans l'exsudat articulaire.

On peut conclure de ces faits, que l'arthrite blennorrhagique est l'expression d'une infection directe d'une jointure.

III. M. CASPER rappelle que Guyon, en France, a eu le mérite d'établir une classification de la gonorrhée en antérieure et postérieure, classification basée sur les recherches de notre éminent compatriote, qui démontrent qu'au point de vue de la pathologie comme de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryogénie, l'urèthre se subdivise en deux régions auxquelles le muscle compresseur de la portion membraneuse sert de limite commune. Adoptées et vulgarisées en Allemagne par Ultzmann et Casper, cette doctrine a été combattue par M. Zeissl (*Wiener allgemeine medic. Zeitung*, 1886, nos 14 et 16). On connaît le moyen pratique indiqué par le professeur

Guyon pour diagnostiquer le siége exact de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme. On fait uriner le malade en deux temps, les deux portions d'urine étant recueillies dans deux verres différents. Si l'urine rendue pendant le premier temps tient en suspension des flocons purulents et que la seconde portion d'urine soit d'une limpidité parfaite, c'est signe que l'on a affaire à une gonorrhée antérieure. Si les deux portions d'urine contiennent du pus, l'urèthre postérieur est envahi par l'affection blennorrhagique; enfin il y a cystite, si le pus existe en plus grande quantité dans la seconde portion d'urine que dans la première.

A cela M. Zeissl a objecté que le pus sécrété à la face interne de l'urèthre postérieur ne reflue pas dans la vessie, mais s'écoule vers le méat, le muscle compresseur de la portion membraneuse ne jouant pas, comme le veut M. Guyon, le rôle d'une barrière infranchissable. Les arguments invoqués par Zeissl à l'appui de sa manière de voir se réduisent à dire : Que, dans les cas d'épididymite blennorrhagique, où incontestablement l'urèthre postérieur est envahi, l'urine rendue pendant le second temps de la miction ne contient pas de pus; que les traumatismes produits par une sonde sur la portion membraneuse ou sur la portion prostatique donnent lieu à un écoulement de sang par l'orifice externe; enfin, que dans les cas où l'urine en dernier lieu rendue est limpide, on peut se convaincre de la présence du pus dans l'urèthre postérieur, en détergeant d'abord l'urèthre antérieur avec un explorateur en caoutchouc à bout olivaire, après quoi l'instrument introduit jusque dans la portion postérieure ramènera encore du pus.

Voici comment M. Casper a réfuté cette argumentation. Quand l'uréthrite blennorrhagique vient à se compliquer d'une épididymite, il est de règle que l'écoulement se supprime. Un écoulement de sang par l'orifice externe à la suite d'une lésion de la portion membraneuse ou prostatique apparaît comme une chose très naturelle, si l'on songe que le sang s'écoule en beaucoup plus grande abondance, que le pus n'est sécrété à la surface de l'urèthre envahi par une gonorrhée, la sonde frayant d'ailleurs la voie au pus, vers le méat. Quant à l'expérience avec l'explorateur en caoutchouc, elle ne démontre pas ce que Zeissl veut lui faire signifier, car, malgré toutes les précautions prises, il restera toujours dans le fond du cul-de-sac bulbaire, après le premier temps de l'exploration, un peu de pus que la sonde enlèvera en franchissant cette limite lors du second cathétérisme. Pour rendre l'expérience probante, il faut laver soigneusement l'urèthre antérieur, jusqu'à ce que le liquide qui reflue ne renferme plus de traces de pus. Si alors on introduit la sonde jusque dans la portion membraneuse, on sera presque certain de ne point ramener de pus, dans les cas où l'urine rendue pendant le second temps de la miction n'en contenait pas. D'autre part, en introduisant dans la portion membraneuse chez un certain nombre de malades, 2 ou 3 gouttes d'une solution diluée de ferrocyanure de potassium et en recueillant dans trois verres différents l'urine rendue par chacun d'eux lors d'une miction, on pouvait constater la présence du ferrocyanure dans les trois échantillons d'urine. Même résultat, quand, une heure après l'introduction du ferrocyanure, on faisait uriner le sujet, pour ensuite retirer avec la sonde le reste du contenu de la vessie. Donc le ferrocyanure de potassium avait reflué de l'urèthre postérieur dans la vessie. Donc le pus peut en faire autant, dans un cas de blennorrhagie uréthrale postérieure.

M. Casper passe ensuite à la question du traitement de la blennorrhagie. Dans ces derniers temps, on a fait quelque bruit en Allemagne, autour des résultats obtenus avec l'essence de santal dans le traitement de la blennorrhagie aiguë. M. Casper a pu se convaincre de l'efficacité de ce médicament, comme aussi des dangers de congestion rénale, d'albuminurie, de néphrite, qu'il fait courir au patient. Il n'y a là rien de nouveau pour nos lecteurs français.

La blennorrhagie passée à l'état chronique n'a rien à attendre du traitement par l'essence de santal. Elle résiste à la plupart des médications parasiticides qu'on a tenté de lui opposer dans ces derniers temps, ce qui, aux yeux de M. Casper, n'est pas un argument sans réplique contre la nature infectieuse de la blennorrhagie. Quand on se trouve en présence d'un cas de blennorrhagie chronique très rebelle, deux ordres de circonstances sont à prendre en considération, si l'on veut venir à bout du mal. Il faut se préoccuper de l'influence éventuelle de la constitution sur l'évolution de la blennorrhagie et agir en conséquence. Il est arrivé une fois à M. Casper d'obtenir guérison, après avoir soumis le malade à un traitement spécifique nécessité par une syphilis concomitante; une autre fois, chez un rhumatisant, la guérison de la gonorrhée ne fut obtenue que lors d'un séjour dans le Midi.

Puis il y a lieu de compter avec l'application défectueuse des topiques, à l'aide desquels on espère modifier les surfaces malades. Les recherches de Bum et de Bockhart (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1886, no 10), démontrent qu'à la longue les gonococcus, agents présumés de l'infection blennorrhagique, pénètrent dans les couches profondes de la muqueuse. Or, la difficulté dans le traitement sera précisément de faire pénétrer les substances médicamenteuses à cette profondeur. Pour y arriver, M. Casper a eu l'idée d'utiliser comme excipient la lanoline, matière grasse qui a la propriété d'absorber une grande quantité d'eau, qui a chance par conséquent de rester plus longtemps adhérente à la muqueuse uréthrale baignée par l'urine. Cette idée, il l'a mise à exécution, malgré les résultats peu encourageants que lui avaient donnés des expériences faites sur des chiens. Il s'est servi d'une pommade ainsi formulée :

Rec. Nitrate d'argent .... 0 gr. 5 à 0 gr. 75
Dissoudre dans une quantité d'eau aussi petite que possible et ajouter :
Lanoline anhydre très pure .... 35 grammes.
Huile d'olives très pure ...... 15 —
M. pour f. s. a. un onguent.

Avec une spatule, on dépose de cet onguent dans la gouttière d'une sonde cannelée, dont la partie antérieure, lisse, est enduite d'huile. On introduit ensuite la sonde dans l'urèthre du malade, quelques centimètres seulement au-delà du bulbe, dans un cas de gonorrhée antérieure, jusque dans la vessie, dans les cas de gonorrhée postérieure.

Dans un nombre assez respectable de cas, ce traitement a donné des guérisons définitives. Il a échoué dans d'autres, où le traitement préconisé par Guyon (instillations de quelques gouttes d'une solution concentrée de nitrate d'argent) a réussi. Poser les indications précises qui doivent faire préférer l'un ou l'autre de ces deux traitements paraît à l'auteur chose impossible actuellement.

E. Ricklin.

(A suivre).

ERRATUM. — Dans le dernier numéro, à la page 417, deuxième colonne, paragraphe VII, première ligne, au lieu de « atrophie musculaire progressive », lire : *atrophie de la muqueuse de l'estomac.* E. R.

OVARIOTOMIE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE.

M. PRENGRUEBER vient de faire paraître dans le BULLETIN MÉDICAL une observation d'ovariotomie chez une hystérique, qui ne manque pas d'originalité.

L'opération par elle-même n'offre qu'un intérêt médiocre : il s'agit d'un kyste du ligament large opéré suivant la méthode classique et sans incident. Il en est tout autrement des suites de l'opération. Voici, en effet, ce qui s'est produit :

« Dans l'après-midi du jour de l'opération, la malade, complètement revenue à elle, devient exigeante ; elle veut se lever et, de fait, se lève dans son lit et se met à genoux. On la fait recoucher. Mais alors elle s'agite dans tous les sens, change à chaque moment de position, refusant d'écouter les conseils qu'on lui donne et se débat avec d'autant plus de vivacité que l'on fait des efforts pour l'immobiliser dans son lit.

« Cet état persiste la nuit qui fut très agitée. A plusieurs reprises, la malade s'est assise sur son lit.

« Le lendemain matin, 26 juillet, vingt-deux heures après l'opération, elle est quelque peu abattue et sa température est de 39° ; mais ses réponses restent parfaitement lucides et elle affirme que son agitation ne reconnaît d'autre cause qu'une démangeaison épouvantable de tout son corps, à laquelle elle est en proie. De fait, en la découvrant, on trouve son corps couvert de cette éruption sudorale que connaissent bien les personnes ayant habité l'Algérie et à laquelle on donne le nom de « gale bédouine ».

« Dans le courant de cette même journée, la malade est prise d'une grande attaque d'hystérie (son corps se plie en arc de cercle, clownisme), son agitation nécessite plusieurs personnes pour l'empêcher de tomber de son lit.

« Cette attaque est suivie de plusieurs petites, et la malade, revenue à elle, profite d'un moment où la surveillance dont elle est l'objet est relâchée pour *se lever, sortir de sa chambre, se promener dans le couloir, parcourir une distance de dix mètres avant qu'on ait pu la reconduire à son lit. Il n'y a pas trente heures que l'opération est faite !*

« La nuit suivante, elle se lève à nouveau et va s'asseoir dans un fauteuil ; on la recondnit encore à son lit ; mais, cette fois, ce n'est pas sans peine, car elle lutte avec l'infirmière.

« Le lendemain, 27, la malade se lève une troisième fois, malgré les efforts que l'on fait pour la retenir. Elle brutalise même l'infirmière préposée à sa garde, lui donne un soufflet, la saisit par le cou comme pour l'étrangler, sort de sa chambre, va à la cuisine, ouvre la porte et crie à la surveillante ébahie : « Coucou, me voilà ! » On se précipite, on la recondnit à son lit malgré ses efforts et on la recouche. *Cette fois, quarante-huit heures après l'opération, elle a parcouru 25 mètres à pied et s'est livrée à un véritable exercice de pugilat.*

« La nuit suivante est également très agitée.

« Le lendemain, 28, nouvelle grande attaque avec clownisme, après laquelle la malade descend pour la quatrième fois, sort de sa chambre et va s'asseoir dans le fauteuil d'une chambre à côté. C'est encore à grand'peine qu'on la remet dans son lit. Il va sans dire qu'en présence de ces excentricités, la question de la camisole de force avait été agitée ; nous y avions renoncé, persuadés que l'emploi de la violence, loin de calmer la malade, eut encore exagéré son agitation.

« Le 29, au moment de ma visite, la malade est calme ; sa température est de 38° ; elle n'éprouve aucun accident. Je défais alors le pansement, et voici ce que je constate :

« Le ventre est souple, indolore ; les points de suture qui, fort heureusement, étaient très rapprochés et faits avec des fils d'argent assez gros, ont parfaitement tenu.

« En somme, l'état local est des plus satisfaisants. Notons cependant que la peau du ventre est recouverte, sous le pansement, d'énormes sudamina. La chaleur de ce pansement et la température élevée de l'atmosphère en sont les seules causes.

« Les jours suivants, l'état mental de la malade paraît être redevenu normal ; elle reste dans son lit, calme et tranquille, comme toutes les opérées dont les suites opératoires sont favorables, et, si l'on excepte une attaque d'hystérie, de force moyenne, survenue le 31 juillet, on peut dire qu'il ne s'est produit aucun incident digne d'être signalé jusqu'au moment de la convalescence. »

Il est évident que cette observation ne saurait conduire à des conclusions pratiques. L'immobilité la plus complète est et restera une condition essentielle à la guérison des ovariotomies.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

DES DIVERSES VARIÉTÉS DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE, par le docteur G. BARRAL, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Thèse, 1886.

Il existe au point de vue clinique trois variétés de rétrécissement de l'œsophage :

1° Les rétrécissements organiques ;

2° Les rétrécissements cicatriciels ;

3° Les rétrécissements spasmodiques.

Ces trois variétés ont chacune leurs causes, leurs marches, leurs formes et leurs traitements différents.

Le rétrécissement cancéreux est plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; l'hérédité a été signalée plusieurs fois. On a accusé le rhumatisme, les corps étrangers, les excès, le tabac, etc.

Mais, le plus souvent, l'affection débute comme débuterait une affection de l'estomac : le premier phénomène constaté est la perte de l'appétit ; puis, lentement, la déglutition devient gênée, se fait en deux temps. Peu à peu, et toujours lentement, la gêne augmente ; l'effort nécessaire pour faire passer les aliments devient plus considérable.

Les malades éprouvent des sensations anormales derrière le sternum. C'est comme une sensation de corps étranger (Béhier).

Puis la douleur apparaît. Elle est très vive, fixe, avec des irradiations.

Cette première période dure de six à dix mois ; la seconde est plus courte. On voit, en effet, la dysphagie devenir plus complète, pour arriver, aux derniers moments, à être absolue.

A cette impossibité d'avaler se joint souvent un élément spasmodique. Si la lésion siège à la partie supérieure, on peut sentir une tumeur au-dessus de laquelle s'arrêtent les aliments, le malade cherchant alors à forcer le passage par la pression des mains. Il n'est pas rare de constater la présence de ganglions à la partie inférieure du cou. D'après Béhier, les dilatations au-dessus de l'obstacle sont plus fréquentes dans la variété cancéreuse.

Le malade, à cette période, a le teint jaune-paille, l'émaciation est extrême, des hémorrhagies abondantes se déclarent. Le hoquet est plus fréquent dans le rétrécissement cancéreux. L'haleine est fétide. On peut observer tous les symptômes de compression ou de dégénérescence des organes voisins.

Le malade meurt lentement d'inanition ou de cachexie cancéreuse, à moins qu'une perforation de l'appareil pulmonaire ou circulatoire ne mette un terme à ses souffrances.

Comme dans presque tous les cas de rétrécissement cancéreux, les lésions pulmonaires accompagnent les lésions œsophagiennes, la confusion est fréquente entre les rétrécissements cancéreux et tuberculeux. Le diagnostic est souvent très difficile. Dans le premier cas, la lésion œsophagienne est la première en date; dans le rétrécissement tuberculeux, c'est la lésion pulmonaire. Le rétrécissement tuberculeux se montrerait à un âge moins avancé, de 35 à 45 ans. Le plus souvent, la lésion, dans les cas de rétrécissements tuberculeux, a siégé vers l'extrémité inférieure de l'œsophage. Les autres symptômes sont identiques dans les deux formes.

Les rétrécissements syphilitiques, niés par un grand nombre d'auteurs, sont admis par MM. Fournier, Lancereaux et Cornil. Leurs symptômes ne présentent rien de particulier.

On s'est demandé si une ulcération simple pouvait produire un rétrécissement. Cette forme, niée par Valleix, admise par Follin, a été étudiée par M. Debove. Il n'admet pas l'action du suc gastrique comme cause de l'ulcération ; pour lui, c'est un ulcère simple de l'organe, analogue à l'ulcère simple de l'estomac ou du duodénum. A la réparation de l'ulcération, il y a rétrécissement de l'œsophage. Cet ulcère simple apparaîtrait le plus souvent sous l'influence de l'alcoolisme.

Ce qui frappe dans cette forme, ce sont la longue durée du mal, les rémissions considérables. On peut rapprocher ces rétrécissements de ceux que M. Verneuil a décrits sous le nom de rétrécissements alcooliques produits par l'irritation répétée : il y a une véritable cirrhose.

M. le docteur Barral parle ensuite des rétrécissements rares, dégénérescence fibreuse ou cartilagineuse, varices de l'œsophage.

Les *rétrécissements cicatriciels* présentent quelques caractères spéciaux : les antécédents (brûlure, blessure, polype, ingestion de caustiques, etc.), sont importants à connaître. Le début est brusque. Le siège se trouve soit en haut, soit en bas ; le rétrécissement est multiple. La douleur n'existe pas ; il en est de même des accès de suffocation, des altérations de la voix. Les hémorrhagies sont rares, l'haleine est rarement fétide. Une fois le rétrécissement installé, la marche est semblable à celle des autres rétrécissements.

Les *rétrécissements spasmodiques* sont *idiopathiques* ou *symptomatiques*.

Au milieu d'un repas, brusquement, le bol alimentaire s'arrête : de là angoisse, lipothymie, syncope. Après un temps plus ou moins long, les aliments sont rejetés ou descendent dans l'estomac. Le rétrécissement spasmodique, cette *crampe de l'œsophage* (Peter) peut durer de un à douze jours.

Les *rétrécissements symptomatiques* sont subordonnés à la cause qui les fait naître (affections de l'œsophage, péri-encéphalite, hémorrhagie cérébrale, mal de Pott cervical, épilepsie, tétanos, angine de poitrine). Enfin on le rencontre dans certains empoisonnements (douce-amère, datura, belladone, noix vomique).

Les affections du foie, du pancréas, des reins, du larynx, des poumons, du péricarde, s'accompagnent parfois aussi de spasme de l'œsophage.

Les *rétrécissements congénitaux* sont rares. Si l'enfant peut vivre, son rétrécissement croît avec l'âge ; il augmente de plus en plus jusqu'à la mort.

M. le docteur Barral termine son intéressant travail par un chapitre important consacré au traitement, dans lequel il insiste avec raison sur le cathétérisme, qui est d'un si précieux secours pour faciliter le diagnostic et soulager le malade.

A. Martha.

Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme et en particulier du rhumatisme chronique fibreux, par H. Duron, — Thèse de Paris, 1886.

Le rhumatisme et le psoriasis sont-ils sous la dépendance d'un vice constitutionnel l'arthritisme, ou bien le rhumatisme est-il la conséquence, par un processus quelconque, de la dermatose ? Telle est la question à laquelle M. Duron s'efforce de répondre.

Le psoriasis, connu de tout temps, a été rangé à côté d'affections disparates. Restreignant peu à peu le cadre des dartres, Bazin le place dans les herpétides et les arthritides qu'il vient de créer. Or, il faut savoir que la différence symptomatique existant entre le psoriasis herpétique et le psoriasis arthritique est plus apparente que réelle, l'affection étant essentiellement une, susceptible d'être plus ou moins modifiée par l'état constitutionnel. Et pour ce motif, nous refusons-nous à considérer avec l'auteur cette dernière variété pathologique comme l'apanage de l'arthritisme. Toute relation de cause à effet serait encore à nier par ce motif que le psoriasis s'observe le plus souvent chez des individus forts, bien musclés, tandis que l'arthritique est gros, gras, à faciès coloré, transpirant beaucoup et facilement essoufflé.

S'il ne faut pas rejeter de parti pris une réalité clinique, s'il ne faut pas nier sans examen les rapports du psoriasis et de l'arthritisme, il est bon de se montrer très réservé sur l'interprétation d'une dermatose dont la pathogénie n'est pas suffisamment éclairée.

Ce qui nous frappe dans les quatre observations rapportées par l'auteur, c'est la disposition symétrique des altérations profondes essentiellement fibreuses, les lésions des doigts apparaissent simultanément, étant symétriques. Suffisent-elles à dénoter le rhumatisme ? Prouvent-elles la constitution rhumatismale ? Nous ne le pensons pas. Et au même titre que dans un travail assez récemment publié ici même, nous avons voulu faire de la maladie de Dupuytren une véritable dermatose, de même nous plaçons sous la dépendance de la dermatose psoriasique les lésions pseudo-rhumatismales ci-dessus constatées.

Voilà ce qui nous paraît résulter des faits bien observés par M. Duron.

Étude sur la syphilis du sein, par M. F. Claude. Thèse de Paris, 1886.

La syphilis du sein se trouve signalée dès les commencements du XVI° siècle dans les écrits de Paracelse, Fracastor, Ambroise Paré et dans ceux de la plupart des auteurs qui ont traité de la vérole. Rare et fortuite chez l'homme, elle est fréquente chez la femme qui allaite. Si le nouveau-né est un facteur important de contagion directe, il peut devenir aussi un moyen de contage indirect en passant d'une nourrice infectée à une nourrice saine.

La multiplicité fréquente des chancres est une particularité clinique de la syphilis du sein. Leur lieu d'élection est le sillon dilué à la base du mamelon, point au reste où s'observent plus généralement les fissures. Incubant pendant trois à huit semaines, ils présentent au début l'aspect de crevasses, de gerçures sans importance. Plus tard, cette apparence se modifie et l'induration toujours sensible, l'adénopathie axillaire constante, enlèvent tout doute sur la nature de l'affection.

Le chancre de la mamelle est bénin en tant que lésion locale, il n'en est plus de même au point de vue du pronostic général. Tous les syphilitiques redisent combien est grave la maladie, tant par la forme et l'étendue des lésions que par la résistance au traitement. Le point de vue médico-légal qui dépend de la propagation syphilitique a été mis en relief par M. Claude. On sait que ce sujet a été tout récemment l'objet de magistrales leçons.

Les manifestations secondaires sur le sein ne diffèrent guère de ce qu'elles sont ailleurs. Quant aux causes du tertiarisme, elles nous sont peu connues. La gomme circonscrite est une rareté pathologique qui débute insidieusement sans prodromes et sans douleur. Son existence est le plus souvent constatée par un pur effet du hasard. Dure, globuleuse, mobile sur les parties profondes et recouverte par un tégument normal, elle ne tarde pas, si le traitement n'intervient, à se ramollir et se rompre en donnant issue à un liquide pyoïde, brunâtre et visqueux. La pierre de touche pour le diagnostic de la gomme en sein est le traitement antisyphilitique.

L'arrêt de développement de la mamelle paraît caractériser les manifestations de la syphilis héréditaire.

Des hémorrhagies névropathiques des voies respiratoires, par M. D. Drouault. — Thèse de Paris, 1886.

Un fait incontesté à l'heure actuelle, c'est que des écoulements ou extravasats sanguins peuvent survenir sous l'influence d'un trouble des nerfs vaso-moteurs. Consécutifs à des lésions matérielles ou à des désordres purement fonctionnels du système nerveux, ce seront tantôt de simples ecchymoses pleurales ou péricardiques, tantôt des épitaxis, tantôt de véritables noyaux apoplectiques avec hémoptysies consécutives. On sait toutes les surprises que peut révéler à ce sujet l'hystéro-épilepsie, et sans trop s'arrêter à l'étude des hémorrhagies supplémentaires, à l'action exercée par les émotions morales telles que la colère et la frayeur, à l'influence étiologique du chaud et du froid, l'auteur attire l'attention sur les hémoptysies fréquemment observées chez les arthritiques et si longtemps considérées comme symptomatiques de la phthisie pulmonaire.

Précédées généralement de l'élément douleur, les hémorrhagies névropathiques ont pour règle de ne produire que peu de désordres fonctionnels et de ne pas altérer la santé générale. Aussi d'un pronostic bénin, quoique souvent réservé en raison de la prédisposition à la tuberculose mise en avant par certains auteurs, elles réclament un traitement prophylactique plus particulièrement basé sur l'étiologie.

Ch. Amat.

Pathogénie des néphrites, par le docteur Gaucher. — Thèse de Paris, 1886.

Dans son travail, l'auteur, après avoir étudié les principales causes des néphrites, passe en revue les divers groupes et variétés de néphrites. Il insiste longuement sur les *néphrites infectieuses* : les microbes peuvent provoquer dans le rein deux ordres de lésions : 1° les uns, des embolies infectieuses spécifiques, avec formation d'abcès métastatiques ; 2° les autres, des phénomènes d'irritation inflammatoire ou des troubles de nutrition des éléments anatomiques, qui aboutissent à la production d'une néphrite proprement dite.

Dans les *néphrites toxiques*, c'est l'action directe de la substance éliminée sur les cellules qui produit l'altération rénale. Ces néphrites ont une pathogénie assez bien connue, car elles ont pu être réalisées expérimentalement, aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques.

Le docteur Gaucher étudie ensuite toutes les autres néphrites : le lecteur y trouvera des détails d'autant plus intéressants que l'auteur a eu soin, dans un dernier chapitre, de classer toutes ces néphrites d'une façon claire et précise. Cette classification pathogénique des néphrites sera un cadre précieux dans lequel on pourra désormais faire rentrer facilement les nombreuses variétés de ces affections.

Des paralysies consécutives a l'infection morbilleuse, par le docteur Bayle. — Thèse de Paris, 1886.

Ces paralysies sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, et surviennent ordinairement pendant la convalescence de la rougeole.

Elles peuvent revêtir toutes les formes, dans l'ordre de fréquence suivant : paraplégie, hémiplégie, formes cérébrales diverses, formes systématiques, formes diffuses.

La forme paraplégique, ordinairement de courte durée, est le plus souvent suivie de guérison.

A. M.

NOTES & INFORMATIONS

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès de Toulouse.* — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Toulouse à partir du 22 septembre prochain, sous la présidence de M. Rochard.

L'année prochaine, le Congrès se tiendra à Oran, au mois d'avril. Les personnes inscrites en 1887 seront seules assurées de jouir des avantages accordés aux membres de l'Association.

— Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne — Le sixième Congrès international d'hygiène et de démographie se réunira à Vienne du 26 septembre au 2 octobre 1887, sous la présidence d'honneur de l'archiduc Rodolphe, prince héritier, et sous la présidence effective de M. le professeur Ludwig, doyen de la Faculté de médecine. L'ordre du jour est ainsi fixé :

Dimanche, 25 septembre. — Le soir, réunion libre dans un local qui sera ultérieurement désigné.

Lundi 26. — Avant midi, ouverture solennelle et publique du Congrès. Après l'élection du Bureau : discours de M. le professeur Brouardel sur la propagation de la fièvre typhoïde et de M. le professeur Max de Pettenkofer sur l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés de médecine et les Ecoles supérieures techniques ; après-midi, excursion au Lahlenberg.

Mardi 27, mercredi 28, vendredi 30 et samedi 1er octobre. — Séances des sections le matin et dans l'après-midi.

Jeudi 29.—Excursion au Hœllenthal et à la prise d'eau de Kaiserbrunnen, puis au Semmering.

Dimanche 2 octobre. — Avant midi, assemblée générale et publique de clôture; discours de M. le professeur Corradi sur la longévité au point de vue de l'histoire, de l'anthropologie et de l'hygiène, et de M. le professeur C.-T. d'Inama-Sternegg sur les changements les plus importants survenus dans la population de l'Europe depuis mille ans.

Après la clôture du Congrès, excursion en bateau à vapeur à Buda-Pesth.

Pour faire partie du Congrès, il suffit d'en faire la demande et d'envoyer un mandat de 21 francs à M. F. de Gruber, secrétaire général de la Commission d'organisation, I. Rengasse, 20, à Vienne. Celui-ci enverra aussitôt la carte d'entrée, ainsi que l'ensemble des rapports déjà parus et qui sont relatifs aux questions qui doivent être examinées dans les séances du Congrès.

Une Commission spéciale s'occupe de procurer des logements, à Vienne, aux membres du Congrès. Les chemins de fer français, autrichiens, hongrois et italiens, accordent une réduction de prix de 50 p. 100 aux membres du Congrès munis d'une carte d'adhérents et à leurs familles ; seuls, les chemins de fer allemands n'ont pas voulu consentir à cette faveur.

Actuellement, 1,320 membres, dont 63 français, se sont déjà fait inscrire.

— LE CHOLÉRA EN ITALIE. — D'après les dernières nouvelles reçues, le choléra paraît être en voie de décroissance. Il y a eu dans la journée du 30 août, à Palerme, 10 cas de choléra et 10 décès, dont 5 provenant des cas précédemment enregistrés ; à Torretta, 5 cas et 3 décès, à Brante 4 décès, à Maletto 5, à Centuripe 1, à Regalbuto 1, à Biancavilla 1.

On n'a constaté ni décès ni cas suspects à Catane, à Messine et dans l'arrondissement de cette dernière ville.

— FONDATION DE PRIX. — L'Académie des sciences vient de recevoir une nouvelle fondation.

Par son testament, Mme Foher, décédée à Paris, vient de léguer une somme de 40,000 fr. à placer en rente 3 0/0 sur l'Etat français. Les arrérages de ce legs serviront à la fondation d'un prix annuel, sous la dénomination de « *Prix Dellion* », qui sera décerné à un mémoire ou à un ouvrage se rapportant à l'art de guérir.

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La bibliothèque, fermée depuis le 12 août, est ouverte depuis le lundi 22 août et jusqu'à la fin des vacances scolaires, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Quilliet est chargé des fonctions de préparateur de chimie minérale.

M. Mathurin est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Sont nommés pour deux ans :

Aide de physique, M. Rohy ; aide de chimie, M. Massal ; aide d'histoire naturelle, M. Zaleski ; aide d'histologie, M. Arrivat ; aide de physiologie, M. Cannac ; aide d'anatomie, M. Mouret ; aide de médecine opératoire, M. Teulon ; aide d'anatomie (pour un an), M. Castan.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Etienne, chef de clinique chirurgicale, est maintenu dans ses fonctions pour un an à partir du 1er juillet 1887.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — Sont maintenus dans leurs fonctions pendant l'année scolaire 1887-1888 :

MM. Buisine, chef des travaux pratiques de chimie, et Paillot, chef des travaux pratiques de physique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. Rigollot est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

— Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes suppléants en médecine à l'asile public d'aliénés de Bron, près Lyon, s'ouvrira le 5 décembre 1887.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'asile.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par arrêté en date du 17 août 1887, un concours s'ouvrira le 1er mars 1888 à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 20 juin 1887, est nommé au grade de médecin de 2e classe M. l'aide-major Ripoteau, docteur en médecine.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle :

M. Pilet (Marie-René-Albert), médecin-major de 2e classe au 3e régiment de cuirassiers, a été désigné provisoirement pour le 119e régiment d'infanterie.

M. Sauzède (Paul-Marie-Melchior-Marie-Frédéric), médecin-major de 2e classe au 15e régiment de dragons, a été désigné provisoirement pour le 93e d'infanterie.

M. Bergounioux, médecin major de 2e classe au 85e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 15e régiment de dragons.

M. Grivet, médecin-major de 2e classe au 70e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 3e régiment de cuirassiers.

M. Olivier, médecin-major de 2e classe au 60e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 19e régiment de dragons.

M. Viry, médecin-major de 1re classe à l'Ecole spéciale militaire à Saint-Cyr, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'administration centrale du ministère de la guerre (direction du service de santé).

M. Poignon, méd.-maj. de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'Ecole militaire spéciale à Saint-Cyr.

M. Mounier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire de Belfort.

M. Schindler, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort, a été désigné pour un emploi de son grade à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

M. Arnold, médecin-major au 3e bataillon de chasseurs à pied, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Salètes, médecin-major de 2e classe au 53e d'infanterie, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Pongis, médecin-major de 2e classe au 122e régiment d'in-

fanterie, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Vignol, médecin-major de 2e classe au 72e régiment d'infanterie, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Debierre, médecin-major de 2e classe au 39e d'infanterie, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Duroux, médecin-major de 2e classe au 37e régiment d'infanterie, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Collin, médecin-major de 2e classe au 10e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 3e bataillon de chasseurs à pied.

M. Salesse, médecin-major de 2e classe au 46e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 53e régiment de la même arme.

M. Auberlie, médecin-major de 2e classe au 48e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 122e régiment de même arme.

M. Duval, médecin aide-major de 1re classe au 19e bataillon de chasseurs à pied, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Barreau, médecin aide-major de 1re classe au 63e régiment d'infanterie, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Mary, médecin aide-major de 1re classe au 142e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 137e régiment de même arme.

M. Dieu, médecin aide-major de 2e classe au 108e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 6e régiment de même arme.

M. Joire, médecin-major de 1re classe du 16e bataillon de chasseurs à pied, a été désigné pour le 33e régiment d'artillerie.

— Par décret, en date du 26 août 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe, MM. les médecins aides-majors de 1re classe de l'armée active, démissionnaires : Segrestan, Bellouard.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe, MM. les docteurs : Conil, Buchin, Brégeat, Scheydt, Marty, Pirodou, Charles, Tarrou, Nivet, Schürrer, Ménétrier, Dasque, Nabias, Rochet, Ramakers, Camescasse.

Au grade de pharmacien major de première classe : M. Figuier, pharmacien de 1re classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : M. Lacomme, pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active, démissionnaire. Les pharmaciens diplômés de première classe : MM. Vial, Baudoin, Dulau, Six, Jacquet, Porteret.

— Par décrets en date du 28 août, ont été promus ou nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : M. Parent, médecin aide-major de 2e classe de l'armée active, démissionnaire.

MM. les docteurs Pillet, Colleville, Pascalis, Chatellier, Jullian, Chaslin, Perrenot, Lefranc, Bertrand.

1er corps d'armée. — Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Brocq, médecin aide-major de 2e classe, médecin des hôpitaux de Paris.

6e corps d'armée. — Au grade de médecin major de 2e classe : MM. Cabasse, méd. aide-major de 1re classe ; Ribemont, méd. aide-major de 2e classe, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

7e corps d'armée. — Au grade de médecin major de 2e classe : M. Fréry, méd. aide-major de 1re classe.

11e corps d'armée. — Au grade de médecin major de 1re classe : M. Quéré, méd. major de 2e classe.

Au grade de médecin major de 2e classe : MM. les médecins aides-major de 2e classe Petit, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; Olive, méd. des hôpitaux de Nantes.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. les médecins aides-mojor Duran, Chenantais, Bayou, Harel, Ertand, de Sallier-Dupin.

18e corps d'armée. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. les médecins aides-major de 2e classe Callen et Méricamp.

19e corps d'armée. — Au grade de médecin major de 2e classe : MM. les médecins aides-majors de 2e classe Rey, chirurgien de l'hôpital civil de Mustapha, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger ; Saussol, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier ; Bitot, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bezy, médecin de l'hospice de la Grave, à Toulouse ; Valude, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. les médecins aides-major de 2e classe Barthez et Veil.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Laumet. Eruption et suppuration. — M. Bobowiez. Hydatides du cœur. — M. Panel. D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil. — M. Stojenesco. Diagnostic des gommes. — M. Amiel. Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives. — M. Fretin. De l'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche.

M. Prioleau. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique du rétrécissement généralisé des artères. — M. Porto. Des luxations congénitales de la hanche envisagées plus spécialement au point de vue thérapeutique. — M. Lubet-Barbon. Paralysie du larynx. — M. Soudée. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale. — M. Le Gall. Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique graisseuse. — M. Drouet. Analgésie chloroformique. — M. Duriez. Etude sur le tétanos utérin.

M. Durey-Comte. Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — M. Coutances. Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

M. Tersen. De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'assainissement des localités. — M. Bidault. Du lupus compliqué d'épithélioma. — M. Guéry. Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac — M. Surmont. De la blépharoptose d'origine cérébrale au point de vue de sa localisation. — M. Swynghedouw. Des maisons mortuaires et de leur création dans les petites localités. — M. Masurel. Contribution à l'étude des maladies de la peau d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques. — M. Quint. Compression ischémique et mobilisation précoce dans le traitement des fractures juxta-articulaires. — M. Carpentier. Essai sur l'anatomie de l'articulation de l'épaule. — M. Lévêque. Contribution à l'étude des dermatoses d'origine nerveuse. Des maladies de la peau consécutives à un choc moral. — M. Dubus. Du choix comparé des méthodes manuelles et des méthodes instrumentales dans le dégagement de la tête dernière.

M. de Bonnière. Contribution à l'étude des gangrènes dites foudroyantes spontanées des organes génitaux externes de l'homme. — M. Coquard. Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse. — M. de Fisson. Des syphilides pigmentaires en général et en particulier de la syphilide pigmentaire primitive observée chez la femme et chez l'homme. — M. Longueval. Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière. De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 AOUT 1887.

Fièvre typhoïde 23.—Variole 7.— Rougeole 17.— Scarlatine 0. — Coqueluche 4 — Dipthérie, croup, 21. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 184.— Autres tuberculoses 24. — Tumeurs : Cancéreuses 43. — Autres 7. — Méningite 31. — Congestion et hémorr. cérébr. 40. — Paralysie 5. — Ramollissement cérébral 7.— Maladies organiques du cœur 61.— Bronchite aiguë 6.— Bronchite chronique 22. — Broncho-pneumonie 13. — Pneumonie 40. — Gastro-entérite : Sein 45. — Biberon 102. — Autres 11.— Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 12. — Suicides 17. — Autres morts violentes 11.— Autres causes de mort 157. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine: 946 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, par le docteur François-Franck, directeur adjoint du laboratoire de physiologie de l'École des Hautes-Études, professeur remplaçant au Collège de France, précédées d'une préface du professeur Charcot. Un volume grand in-8 de 560 pages, avec 83 figures — Prix : 12 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

L'eau et les bactéries, spécialement les bactéries typhogènes, par M. le docteur J. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille — Paris, G. Masson, 1887.

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine, par le docteur Odent In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Vevey. — Station climatérique. Notice médicale sur le climat et la cure de raisin, par le docteur Henri Martin, médecin à Vevey. Une brochure in-18 de 20 pages. — Librairie B. Benda, Emile Schlesinger, successeur, à Vevey (Suisse).

Traité pratique des maladies du foie, par J. Cyr, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Un vol. in-8 de VIII-886 p. — Prix : 12 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

A Treatise on Malarial Hæmorrhags embracing Epistaxis, Odontorrhagia, Stomatorrhagia, Hæmoptysis, Hæmatemesis, Enterorrhagia, Metrorrhagia and Hæmaturia, par Otis Frederick Manson, M. D. of Richmond, va. Un volume in-8 de 118 pages, avec figures. — J. W. Fergusson and son, printers à Richmond.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8 avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 37 10 SEPTEMBRE 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 55, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — Service de M. POLAILLON.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES PROCÉDÉS DE RESPIRATION ARTIFICIELLE, par PAUL THIÉRY, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Suite. — Voir les numéros 35 et 36.

Résumons dès maintenant les divers moyens employés pour rappeler la respiration chez notre premier malade : ils sont à peu près les mêmes dans le second cas ; quelques-uns seulement n'ont pu être employés, parce qu'ils auraient gêné les manœuvres nécessaires pour parfaire l'opération d'ovariotomie.

Ces moyens sont au nombre de quinze :

1o Fixation de la langue qu'on attire au dehors et dont on déprime la base ;
2o Pressions méthodiques de la poitrine et de l'abdomen ;
3o Élévation et abaissement des bras suivant un rythme régulier ;
4o Emploi de la pile électrique ;
5o Compresses d'eau bouillante ;
6o Alèzes chaudes et boules d'eau chaude ;
7o Marteau de Mayor ;
8o Injections d'éther ;
9o Flagellation ;
10o Frictions à la brosse de crin. Révulsion. Sinapismes ;
11o Excitation des réflexes ;
12o Insufflation directe ;
13o Inhalations d'oxygène ;
14o Trachéotomie ;
15o Respiration artificielle avec le moteur mécanique.

Il n'est pas sans intérêt de revenir en détail sur chacun de ces procédés et d'étudier rapidement d'une part leur valeur respective, d'autre part le « modus faciendi » qu'il paraît préférable d'employer.

Nous ne nous attarderous pas, pour plus de rapidité, à énumérer la bibliographie qui concerne chacun d'eux, non plus que leur historique que l'on peut trouver facilement aux articles généraux ou spéciaux des dictionnaires qui ont rapport à l'asphyxie, à la respiration artificielle, etc.

1o *Fixation de la langue dont on déprime la base.* — Dans notre cas, cette manœuvre était bien évidemment indiquée, puisque les accidents asphyxiques paraissaient avoir eu pour point de départ le renversement de la base de la langue. Ce procédé, employé bien souvent pendant la chloroformisation, trouve ses partisans et ses détracteurs. On ne saurait nier qu'il aide à la large pénétration de l'air par l'orifice glottique tant que l'appareil inspirateur thorax et muscles est encore susceptible de fonctionner. Il est en tout cas inoffensif si on le pratique avec ménagement, et la perforation de la langue par les griffes d'une pince de Museux n'entraîne en général aucun inconvénient sérieux ; on ne doit toutefois pas en user sans discernement, et on doit réserver ce moyen pour les cas où le chirurgien a de véritables appréhensions.

2o *Pressions méthodiques de la poitrine et de l'abdomen.* — Elles sont, à coup sûr, efficaces, puisqu'elles font pénétrer de l'air dans les poumons ; mais, pour qu'elles aient une certaine valeur, il faut qu'elles soient rythmées, bien espacées (12 à 16 par minute), amples et complètes. Autrement, les couches supérieures de l'air contenu dans l'arbre bronchique sont seules renouvelées, l'air des vésicules restant chargé d'acide carbonique.

Ajoutons que la pratique en est pénible, puisque, après les avoir employées pendant une heure et demie dans trois cas, nous avons pu ressentir des courbatures dans les muscles de l'épaule et des bras pendant six à sept jours environ. Elles ne peuvent être soutenues que par l'emploi de deux aides au moins qui peuvent se relayer : autrement, elles diminuent d'amplitude par la fatigue de l'opérateur, et la respiration est incomplète.

Pour produire le maximum d'effet avec le minimum de fatigue, le chirurgien doit être agenouillé sur le lit du malade, les jambes écartées embrassent celles du patient ; il pèse alors de tout son poids sur le thorax et produit une vaste expiration suivie d'une inspiration spontanée par élasticité des côtes et pression athmosphérique : il va sans dire quece moyen remédie à l'inertie de la cage thoracique, mais qu'il exige la béance des voies respiratoires.

3o *Élévation et abaissement des bras.* — Il doit être très ample pour être peu efficace ; il exige le concours de deux aides : nous en croyons l'emploi inutile et propre à faire perdre un temps précieux, car dans trois cas ce procédé nous a donné des résultats absolument négatifs. Il est bon peut-être pour entretenir la respiration, une fois qu'on a pu rétablir celle-ci, lorsqu'elle est lente, paresseuse, incomplète.

4o *Emploi de la pile électrique.* — Nous sommes ici vraiment bien embarrassés. Soit défaut d'expérience, soit défaut d'instrumentation, la pile, successivement appliquée au niveau

du phrénique, de la région précordiale, etc., nous a donné des résultats peu encourageants, et nous n'avons osé en continuer longtemps l'application. Cependant, les auteurs les plus autorisés la préconisent et nous nous bornons seulement à constater notre échec.

5° *Compresses d'eau bouillante.* — Leur effet a été vraiment merveilleux. L'eau est apportée bouillante ; les compresses, complètement imbibées, servent à flageller le malade sur les membres, sur le tronc ; la face doit être protégée. Elles agissent à la fois comme agent révulsif et comme agent douloureux, et, dans ce dernier cas, déterminent des efforts d'inspiration très amples et très soutenus. Enfin, elles nous paraissent encore, d'après la rubéfaction qu'elles déterminent, indiquer nettement l'état de la circulation capillaire.

6° *Nous en pouvons dire autant des alèzes chauffées à l'étuve* jusqu'à ce que la main ne puisse plus en supporter la température : celles-ci sont plus difficiles à se procurer. Les boules d'eau chaude aux pieds en favorisent l'action.

7° *Le marteau de Mayor,* que l'on peut remplacer par un marteau ordinaire, instrument que l'on peut toujours avoir sous la main, agit dans le même sens que les compresses d'eau bouillante. Comme elles, il détermine une rubéfaction et même de la vésication ; son action est seulement plus limitée. Les compresses d'eau bouillante nous semblent devoir être réservées aux cas graves ou désespérés, car elles produisent des brûlures au premier, plus rarement au deuxième degré, étendues, tandis que le marteau servira surtout à entretenir une respiration paresseuse.

8° *Les injections d'éther,* le stimulant diffusible par excellence des hôpitaux, ne jouent ici qu'un rôle accessoire sur lequel il est peu utile d'insister. Disons toutefois que l'abus nous en paraît dangereux si le malade est sous l'influence du chloroforme, ces deux corps pouvant se combiner pour accroître l'effet anesthésique produit.

9° *Flagellation.* — Elle doit être employée non avec des linges secs, mais avec des compresses chaudes mouillées. Elle détermine l'application exacte des surfaces de la peau et de la compresse et aide à la révulsion. C'est, en somme, un moyen accessoire.

10° *Frictions à la brosse de chiendent.* — C'est là un procédé qui nous a donné de bons résultats : pour ce faire, la brosse doit être rude, bien en main : le brossage, si l'on peut dire, doit être vigoureux, l'épiderme sera entamé, peu importe : c'est une révulsion vive que l'on cherche à produire et elle est beaucoup plus active que celle que pourraient produire les sinapismes dont nous regardons l'emploi comme inutile, et qui serviront seulement pour explorer l'état de la circulation capillaire.

11° *Excitation des réflexes.* — Méthode bénigne, mais à peu près inefficace.

12° *Insufflation directe.* — C'est le moyen énergique par excellence. Ayant eu la bonne fortune de l'appliquer deux fois avec succès, nous ne saurions renoncer à étudier un peu longuement son emploi.

An point de vue physiologique, il est prouvé aujourd'hui :

A. Qu'un gaz quelconque (hydrogène par exemple) introduit dans les poumons d'un asphyxié peut suffire à rappeler les échanges respiratoires.

B. Que la première portion de l'air expiré par un sujet vigoureux et sain contient une proportion d'acide carbonique relativement faible et une proportion d'oxygène amplement suffisante à l'entretien de la respiration.

C. Que l'air rejeté après une inspiration complète (air complémentaire) est presque pur.

En partant de ces faits acquis par l'expérimentation physiologique (voyez RESPIRATION ARTIFICIELLE in *Dictionnaire* de Jaccoud), on en conclut que la respiration artificielle par insufflation directe est, quoi qu'en aient dit certains auteurs, parfaitement légitime. Nous croyons pouvoir prouver qu'elle est efficace, et que c'est la méthode de choix.

Pour la bien pratiquer, il est indispensable d'observer quelques règles que nous ont enseignées l'expérience :

A tout moment, le chirurgien doit se rappeler qu'il respire « pour deux », c'est-à-dire qu'il doit inspirer l'air qu'il va insuffler, et celui qui servira à sa propre respiration. En aucun cas, il ne devra insuffler après une inspiration courte et insuffisante. Si cette condition n'est pas remplie, on s'expose à insuffler de l'air chargé d'acide carbonique.

Par conséquent, placé à côté de son malade, le chirurgien fait une vaste inspiration et *immédiatement* il applique sa bouche sur l'orifice qui va servir à recevoir l'air inspiré. Nous verrons plus loin que cet orifice peut varier de siège et de nature.

Il expire alors lentement, mais d'une façon continue, cherchant à remplir la poitrine du patient, modelant, si l'on peut dire, la pression qu'il imprime à l'air qu'il expire sur la résistance que présente le thorax insufflé, de façon à égaliser ces deux pressions. Dans ces conditions seulement, on obtient un résultat favorable, puisque l'on développe uniformément les alvéoles pulmonaires et on évite l'emphysème.

L'insufflation faite, deux partis sont à prendre : ou bien le chirurgien quitte l'orifice buccal du malade et laisse à la seule élasticité du thorax le soin de produire l'expiration, ou bien et mieux une pression *très légère et uniforme du thorax* complète l'expiration. Celle-ci est suivie d'une nouvelle insufflation, de telle sorte que chaque minute fasse place à 12 ou 14 insufflations environ. Le nombre en peut être beaucoup plus restreint, car l'on doit chercher avant tout à ce qu'elles soient amples, c'est-à-dire renouvellent presque complètement la masse d'air qui tend à séjourner dans le poumon.

Comme tout procédé, l'insufflation directe présente des avantages et des inconvenients.

Parmi les premiers, trois sont assurément incontestables : l'air insufflé est à la température du corps ; il est humide, et sa pression est précisément égale à celle de l'air contenu dans les poumons de l'opérateur. Celui-ci devra donc s'abstenir de tout effort, tâter la susceptibilité des poumons du patient et modérer la pression de l'air insufflé suivant les conditions d'âge, de sexe et de constitution du malade.

On ne saurait assurément classer parmi les inconvénients la possibilité de transmission de maladies virulentes ; le cas est tellement urgent et grave que ce serait là une considération puérile. Il en est de même de la répugnance que peut éprouver le chirurgien à appliquer ses lèvres sur celles de son opéré ou sur une plaie de trachéotomie, et nous ne voudrions faire à aucun l'injure d'une hésitation possible.

Il n'en est plus de même de la fatigue : l'insufflation directe est en effet excessivement pénible ; il ne tarde pas à se produire chez l'opérateur une sécheresse de la gorge et de la bouche qu'accentuent de plus en plus les vastes inspirations

qu'il faut effectuer : l'air expiré devient plus sec et moins favorable pour le malade. Il est par suite indispensable que l'inspiration, si complète qu'elle soit, se fasse par les fosses nasales, l'expiration au contraire ayant lieu par la bouche.

La fatigue du chirurgien peut dans quelques cas l'obliger à interrompre la respiration artificielle ; s'il a un aide sûr et exercé, celui-ci pourra continuer les insufflations. Dans le cas contraire, et *momentanément seulement*, on combinera les insufflations alors plus espacées aux pressions rythmées du thorax.

Enfin nous voulons signaler aussi le service que peut rendre une insufflation isolée, comme on peut le voir dans nos observations, lorsque la respiration rétablie tend à disparaître. L'air, ainsi vigoureusement poussé au contact des alvéoles pulmonaires, donne un coup de fouet au réflexe respiratoire, et on ne tarde pas à voir les mouvements respiratoires s'accélérer et acquérir de l'amplitude.

13° *Inhalations d'oxygène.* — Elles sont très précieuses et n'ont guère que l'inconvénient d'exiger un dispositif spécial. Un ballon ou réservoir, un flacon laveur et un tube abducteur adaptés aux voies respiratoires, tel est l'appareil simple que l'on trouve dans les hôpitaux ou que l'on peut improviser L'oxygène doit, dans tous les cas, être très pur. Nous en avons retiré de très bons effets, mais il y aurait tout intérêt à faire passer cet oxygène de la voie buccale de l'opérateur dans les voies aériennes du patient ; il serait ainsi mélangé à une certaine quantité d'air normal et serait élevé à une température et à un degré hygrométrique convenables. Nous nous réservons d'essayer ce mode opératoire si l'occasion se présente.

14° *Trachéotomie.* — Evidemment, il est des cas où elle est indiquée. Chaque fois, par exemple, qu'il y a rétrécissement des voies aériennes par lésions de leur paroi, par compression ou par obstruction de leur calibre ; ceci ne saurait faire aucun doute. Elle était indiquée aussi dans notre première observation, où l'obstacle à l'entrée de l'air pouvait également provenir du renversement de la langue dépourvue de ses attaches au maxillaire inférieur ou bien, comme l'a pensé notre maître, de rétraction cicatricielle avec rétrocession de la branche du maxillaire inférieur non réséquée. Dans tous les cas, la mutilation du plancher de la bouche, l'existence d'une cicatrice encore jeune, commandaient la plus grande prudence dans les tentatives qui pouvaient porter sur la voie buccale, et il nous semblait tout indiqué de pénétrer par la voie trachéale.

Mais nous allons plus loin, et nous ne craignons pas d'affirmer que la respiration artificielle par insufflation directe exige, pour être bien faite, et si le cas est véritablement grave, la trachéotomie préventive.

Nous nous expliquons. Chez notre deuxième malade, nous avons commencé l'insufflation bouche à bouche aussitôt que l'asphyxie a été bien évidente : d'abord l'air insufflé a passé par les narines que nous avons dû comprimer, mais il s'est alors produit le phénomène suivant : c'est que l'air passait à la fois par la glotte et par l'œsophage, de préférence peut-être par celui-ci, de telle sorte qu'en peu d'instants nous avions un véritable météorisme stomacal, circonstance évidemment très défavorable à la circulation générale et à l'ampliation du poumon. C'est alors que notre collègue Janet s'efforçait par des pressions répétées sur l'abdomen d'évacuer l'air contenu dans l'estomac.

De plus, l'application exacte de la bouche de l'opérateur sur celle de l'opéré est toujours difficile, et les lèvres fortement disjointes sont peu disposées pour une insufflation régulière.

Il nous semble tout indiqué dans ces conditions de recourir à une insufflation directe dans les voies aériennes, et deux partis se présentent alors : le tubage de la glotte et la trachéotomie.

C'est donc encore ici l'éternelle lutte, réchauffée encore dans ces derniers temps entre les deux procédés. Du premier, nous n'avons rien à dire ; n'ayant point eu le loisir de l'appliquer, nous avons dû recourir d'emblée à la trachéotomie, et notre ami Janet a fait de même. La trachéotomie a pour elle un avantage : la simplicité de l'instrumentation, puisque un tube de plomb quelconque fendu à son extrémité peut simuler une canule ; elle est plus rapide, plus sûre. La canule mise en place a peu de tendance à se déplacer.

Dans le cas particulier qui nous occupe, l'opération n'offre rien de spécial en dehors de deux points seulement que nous voulons signaler :

1° A quelque point que soit pratiquée l'opération, intercricothyroïdienne ou trachéale proprement dite, l'application de la bouche à la canule est possible chez l'adulte facilement, chez l'enfant sans grandes difficultés, si le chirurgien place sa tête perpendiculairement à l'axe du patient.

2° La canule introduite doit être de très fort calibre ; si elle obture mal la trachée (fait qui ne s'est point produit dans notre première observation, mais que nous trouvons noté dans la seconde), l'air peut refluer non-seulement vers la bouche et les fosses nasales qu'il faut alors occlure avec les mains, mais aussi pénétrer dans les voies digestives et produire ce météorisme si préjudiciable au jeu de la cage thoracique.

Pour résumer ce long chapitre consacré à la trachéotomie, nous ne saurions que répéter ce que nous avons dit plus haut : elle est la méthode de choix et s'impose chaque fois que les accidents asphyxiques sont assez graves pour faire redouter une issue fatale.

(*A suivre*).

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Paralysie hystérique chez l'homme

Depuis mes longues et patientes recherches sur les paralysies hystériques, d'abord, puis sur les paralysies dynamiques en général, suivies d'une quantité innombrable d'autres entreprises dans tous les pays, je ne croyais plus qu'il fût possible de confondre ces paralysies avec les paralysies organiques.

Il n'en est rien cependant, car on voit encore de temps à autre des praticiens faire cette confusion au plus grand détriment des malades.

En voici un exemple récent :

M. X..., âgé de vingt-cinq ans, anémique et d'une constitution délicate, malgré une apparence contraire, contracta à l'âge de dix-huit ans un chancre infectant qui fut suivi, dit-il, de plaques muqueuses à la gorge et d'ulcérations dans les fosses nasales. Un traitement spécifique le guérit d'une manière radicale.

A vingt ans, M. X... éprouva une douleur sourde, parfois fulgurante à la région précordiale, avec vertiges qui le plongeaient pendant deux ou trois heures dans un état d'anéantissement suivi de perte de connaissance.

Ces crises se renouvelèrent plusieurs fois depuis. Enfin dix-huit mois après, il fut atteint d'une première attaque convulsive bien caractérisée, avec perte complète de connaissance. Les phénomènes convulsifs se répétèrent sous forme de crises successives pendant plusieurs heures consécutives et dans des attaques subséquentes ; ces crises se renouvelèrent quelquefois pendant 24 et même 48 heures.

On nota que la crise terminale était en général très violente, au point parfois de faire craindre une terminaison fatale.

Le patient, en sortant de cet état, la première chose qu'il fait est de remuer les doigts, de porter la main droite au front, puis il est pris de plusieurs accès de toux et rentre ensuite dans la vie normale, en demandant à uriner.

Les urines sont alors d'une limpidité de cristal. Le flux a d'abord quelque peine à s'établir, mais une fois parti, il jaillit avec force et sans discontinuité.

Les convulsions revêtent tous les caractères — cataleptique, tétaniques, hystérique — mais jamais épileptique. En effet, elles commencent toujours par une raideur générale avec renversement de la tête et se terminent par des secousses désordonnées, par des convulsions cloniques accompagnées d'un sentiment de strangulation épigastrique et de désordres de la sensibilité. — Mais jamais de bave à la bouche, jamais de morsures à la langue, jamais de contractures du pouce dans la paume de la main, jamais de cri initial ni de coma terminal. La figure est rouge, congestionnée et devient pâle en sortant des accès, les yeux sont tournés en haut ou largement ouverts. La respiration est haletante et le pouls très fréquent.

Les accès sont précédés de douleurs dans la cuisse gauche, avec raideurs et secousses tétaniques qui remontent à la région précordiale puis à la gorge, où elles déterminent un sentiment de strangulation, de l'étouffement, des gémissements plaintifs et alors l'accès débute par une raideur générale suivie de convulsions cloniques plus ou moins désordonnées, comme il a été dit.

En reprenant ses sens, le patient accuse une légère douleur occipitale, accompagnée de tremblements de la tête.

N'est-ce pas là le tableau complet des convulsions hystériques ?

Dans sa dernière attaque, qui a eu lieu il y a un mois, le malade resta plongé pendant 24 heures dans un état de léthargie cataleptique fort inquiétant. Elle avait été précédée d'une autre dont les suites avaient été tout opposées à celles de la précédente. Le patient, en effet, avait été plongé dans un calme parfait, avec résolution complète des membres ; on aurait dit qu'il dormait d'un sommeil paisible.

Depuis que cette affection convulsive existe, c'est-à-dire depuis cinq ans, les accès se sont renouvelés quarante ou cinquante fois au plus. Ils étaient ordinairement provoqués par une émotion et quelquefois par la moindre contrariété, car le sujet est d'une très grande impressionnabilité.

C'est une semaine après le dernier accès que la paralysie se déclara. Elle porta sur les membres inférieurs. Le malade s'en aperçut le matin, en voulant se lever ; mais tout mouvement lui était interdit. La paralysie était complète.

La veille, il avait dîné en famille, sans excès d'aucune sorte, et, la nuit qui suivit et qui précéda la paralysie, il eut des rêves érotiques suivis de pollutions. Mais déjà quelques jours auparavant il accusait des douleurs dans les mollets, de la lassitude et de l'engourdissement dans les membres. (Anesthésie.)

Cinq jours après la paraplégie, le bras gauche se paralysa à son tour, mais celui-ci resta souple, tandis que les membres pelviens étaient très raides.

En même temps que le bras se prit, la respiration devint très fréquente, l'ouïe dure, la vue faible, et l'œil gauche fut même complètement privé de lumière.

Cependant, la paralysie du bras disparut complètement au bout de vingt-quatre heures et, deux ou trois jours après, la vue et l'ouïe récupérèrent leurs fonctions physiologiques ; mais la douleur qui existait en même temps dans toute la tête et particulièrement à son sommet persista.

Le malade attribuait cette douleur aux frictions mercurielles qu'on lui avait prescrites, aussi les avait-il suspendues *de moto proprio*.

Cependant, il faut remarquer que ces mêmes douleurs s'étaient déjà manifestées dans des crises antérieures, et il serait par conséquent injuste de les attribuer au mercure, quoique celui-ci fut formellement contre-indiqué dans l'espèce.

Elles cédèrent enfin à l'action de ventouses, de vésicatoires et de plaques métalliques aux tempes et à l'occiput.

Quoiqu'il en soit, la paralysie ne tarda pas à être suivie d'hyperesthésie au bas de l'épine dorsale, puis de paralysie des muscles sacro-lombaires.

La douleur était tellement vive que le sujet s'en évanouissait. Le toucher, les moindres mouvements produisaient le même effet. Aussi était-on obligé de prendre les plus grandes précautions lorsqu'il s'agissait de le remuer, et encore ne parvenait-on pas toujours à empêcher la douleur de se reproduire.

Les vésicatoires, les ventouses scarifiées en vinrent enfin à bout. La douleur rachidienne fut alors remplacée par l'anesthésie. Mais la paralysie résista à tous les moyens, électricité comprise, qu'on lui opposa.

L'appétit a toujours été conservé ; la constipation était opiniâtre.

C'est alors qu'on réclama mes soins. Je les refusai d'abord, car c'était à la fin de juin ; j'étais encore fatigué d'un long voyage que je venais de faire en Espagne, et je devais, en outre, quitter Nice le surlendemain pour me rendre au Croisic pour la saison balnéaire. Je ne voulais donc plus voir de malades. Mais le père du sujet insista si bien que je ne pus refuser plus longtemps de me rendre à son invitation.

J'allai donc visiter le malade, je l'examinai avec tout le soin dont je suis capable et ne tardai pas à me convaincre que j'avais affaire à un type de paralysie hystérique. Je portai donc un pronostic favorable. Les parents eurent d'abord l'air d'en douter, car on leur avait affirmé sur tous les tons que la maladie était absolument incurable. Suivant les uns, la paralysie était sous la dépendance d'une lésion syphilitique ; pour un autre, c'était une myélite ascendante parfaitement caractérisée, et, pour tous, la mort était prochaine, inévitable et, déjà, on avait garni d'une couche épaisse de paille le devant de la maison, pour ne pas troubler les derniers jours du mourant.

Cependant un des médecins ne partageait pas l'idée de la majorité, car il croyait, lui, à une paralysie dynamique. Seulement il n'en avait pas précisé la nature et eut en outre le tort de ne pas se retirer en prévenant les parents qu'il n'assumerait pas la responsabilité des autres consultants.

Bref, j'assurai la guérison, je conseillai les eaux de Néris.

En présence de mon affirmation très accentuée, le père du malade, qui savait que, pour me rendre au Croisic, je devais passer par Néris pour y prendre ma femme, qui touchait à la fin de sa saison, me pria de retarder mon voyage de deux ou trois jours pour lui donner le temps de faire venir un wagon-salon dans lequel il me priait d'accepter une place. J'obtempérai à son désir et, le 23 juin, nous partîmes pour Néris, où nous arrivâmes le lendemain 25.

Le voyage fut salutaire au malade. Il disait sans cesse : « Je sens mes membres se détendre », car ils étaient très raides à notre départ.

Le lendemain, 26, il prit son premier bain à 35 degrés, et le surlendemain matin, il commença à remuer un tant soit peu les orteils.

C'était d'un bon augure.

Ce n'était pas la première fois que je constatai ce phénomène initial. Dans mon ouvrage sur le *rhumatisme* et la *diathèse rhumatismale*, couronné par la Société de médecine de Gand, je cite, page 81, le cas d'un homme âgé de 47 ans, complètement paralysé des quatre membres, qui, à la suite de son premier bain térébinthé (il s'agissait d'une paralysie rhumatismale), commença à remuer légèrement les orteils et, un mois après, il avait recupéré tous les mouvements de ses membres.

Le lendemain je quittai Néris, d'où, quelques jours après, je reçus la lettre suivante datée du 30 juin :

« Mon fils, depuis hier, meut les deux jambes avec une entière facilité et aujourd'hui il a pu s'habiller tout seul sans aucune aide. »

Le 5 juillet, je reçois une seconde lettre, dans laquelle il est dit : « Le 3 juillet, le malade a fait le tour de la chambre tout seul, sans appui. »

Une troisième lettre enfin, datée du 16 juillet, m'apprend que le patient est complètement guéri, qu'il se promène comme tout le monde, dans le parc où il excite l'étonnement des baigneurs qui l'avaient vu quelques jours auparavant transporter à l'établissement dans une chaise à porteur.

Ainsi, voilà un malade qui avait été condamné à une mort prochaine, guéri au bout de huit jours sous la puissante influence des eaux de Néris. Il continua, néanmoins, la cure jusqu'à la fin de juillet, il retourna ensuite à Nice où il fut bientôt éprouvé par le climat qui l'irritait et l'agaçait d'une manière pénible ; c'est pourquoi il partit pour la Toscane où il s'installa dans une campagne aux environs de Florence et où il se livra à l'exercice de la chasse, pour laquelle il a une grande passion. . . . .

Réflexions. — La morale de tout ceci est qu'il ne faut jamais précipiter un jugement, qu'avant d'établir un diagnostic et prononcer un pronostic, le médecin doit s'entourer de toutes les précautions, interroger avec le plus grand soin tous les organes, comparer et discuter les différents symptômes, surseoir toujours son jugement jusqu'à ce que la phrase pathologique, qui est souvent incomplète, ne soit restituée dans son intégrité. En médecine, comme en épigraphie antique, un plus ou moins grand nombre de lettres sont souvent effacées, la phrase est alors incomplète et très difficile à déchiffrer.

C'est cependant dans la reconstruction de cette phrase que se décèle le médecin ou l'épigraphiste vraiment dignes de ces noms. Il ne faut jamais oublier que l'observation patiente et minutieuse du processus morbide, des symptômes, de la marche de chaque maladie, avec la recherche de ses causes, est le principal fondement sur lequel puisse s'asseoir la véritable clinique.

Dans l'étude et l'examen du malade, on ne doit donc pas diriger ses recherches sur un organe seulement, comme on l'a fait ici, mais sur l'organisme entier, car une fonction ne s'accomplit jamais avec l'aide d'un seul organe, et le moindre trouble porté à cette fonction peut être l'expression d'un fait très complexe, attendu qu'il existe entre les organes et les fonctions de l'organisme une solidarité physiologique si intime qu'il en doit résulter nécessairement leur solidarité pathologique.

Le diagnostic différentiel des paralysies dynamiques et des paralysies organiques a été exposé par moi il y a 42 ans, dans mon mémoire sur la *Paralysie hystérique* et reproduit plus tard dans mon ouvrage sur les *Paralysies dynamiques*, couronné en 1855 par l'Académie des Sciences de Montpellier.

On n'a presque rien ajouté au tableau que j'ai tracé à cette époque. Je vais l'esquisser ici rapidement, en en appliquant, chemin faisant, les signes diagnostiques au cas actuel.

Je ne parlerai que de la paralysie hystérique qui est la forme dont était atteint le sujet de cette observation.

La paralysie hystérique apparaît tantôt immédiatement après l'accès convulsif, tantôt quelques jours plus tard comme chez notre malade ; elle est complète ou incomplète, et porte tantôt sur la motilité, tantôt sur la sensibilité générale ou spéciale, tantôt enfin sur ces deux facultés à la fois.

Chez M. X..., elle frappa d'abord la sensibilité tactile. Il y avait, en effet, chez lui, engourdissement, anesthésie des membres inférieurs ; la sensibilité spéciale fut plus tard atteinte également, comme le témoignent la surdité et l'amaurose d'un œil. Ces paralysies hors l'amyosthénie disparaissent comme elles étaient venues, c'est-à-dire promptement et spontanément, et c'est là un des caractères les plus constants de la paralysie hystérique.

La paralysie musculaire se comporte aussi quelquefois de la même manière. En effet, l'amyosthénie du bras, chez notre malade, disparait 24 heures après son apparition.

Mais ce n'est pas tout.

Les phénomènes paralytiques sont erratiques chez les hystériques. Ils disparaissent quelquefois avec facilité pour reparaître de nouveau, et d'autres fois un phénomène hystérique est remplacé par un autre d'une espèce différente. Ainsi, l'amyosthénie peut être remplacée par l'anesthésie, la surdité par l'amaurose ou la perte du goût ou *vice-versâ*.

Leur durée varie de quelques heures à quelques jours, à quelques semaines, à quelques années même, puis ils disparaissent graduellement ou d'une manière brusque et instantanée.

Dans les intervalles des attaques, les parties paralysées peuvent rester dans l'état où les avait laissées la dernière crise, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque les fasse placer dans d'autres conditions de motilité et de sensibilité.

L'anesthésie peut affecter la peau seulement ou la peau et les muscles à la fois ; les muqueuses peuvent également en être affectées, celles des paupières particulièrement.

Lorsque les muscles sont anesthésiés, si on les fait traverser par un courant électrique, leur contraction a lieu, mais sans douleur ; le patient ne s'en aperçoit pas.

L'amyosthénie peut survenir brusquement, sans signes pré-

curseurs, on être précédée, comme chez notre sujet, de lassitude, de faiblesse, de tremblement des membres qui vont être paralysés. Elle coïncide quelquefois avec une hyperesthésie musculaire, d'autrefois elle en est précédé, comme chez M. X., où nous avons vu que l'hyperesthésie lombaire a été suivie d'amyosthénie des muscles de la région.

Lorsque l'hyperesthésie affecte un organe quelconque, elle peut simuler l'inflammation de ce même organe et induire en erreur le médecin peu attentif. Ce phénomène a manqué chez notre sujet.

Lorsque l'anesthésie et l'amiosthénie coexistent, l'un peut occuper une région déterminée, et l'autre une autre région plus ou moins éloignée. Ainsi on voit souvent la première occuper les membres supérieurs ou une région du tronc, et la dernière les membres inférieurs.

Quelquefois la paralysie hystérique est accompagnée d'aphonie, de surdité et de cécité, comme chez notre sujet. Sa marche est parfois bizarre. Le même sujet, à la suite de différents accès, peut être affecté tantôt de paraplégie, tantôt d'hémiplégie, tantôt de paralysie d'un seul membre, de l'œsophage, de la vessie, du rectum, etc. D'autres fois, la paralysie du mouvement est plus ou moins prononcée, tandis que la sensibilité n'est qu'émoussée, ou *vice-versa*.

Or, si on a bien à l'esprit les phénomènes que je viens de passer en revue, il sera difficile, ce me semble, de confondre la paralysie hystérique avec une autre paralysie dynamique, et à plus forte raison avec une paralysie organique.

Nous avons vu que bon nombre de ces phénomènes se sont produits chez le sujet de cette observation. Je signalerai particulièrement la contractilité électrique, qui était chez lui parfaitement conservée et ce sont précisément ces phénomènes qui m'ont mis sur la voie de la vérité et qui m'ont permis d'établir un diagnostic rationnel parfaitement motivé, et, partant, d'assurer la guérison du malade.

Dr. M. Macario (de Nice).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Etiologie, pathologie et traitement de la blennorrhagie.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. Sur le siège de l'infection gonorrhéique chez la femme, par le docteur Steinschneider (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 17, p. 301). — V. L'infection gonorrhéique chez la femme, par le docteur Schwarz (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vortræge*, n° 279. Analysée in *Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 8, p. 125). — VI. Un cas de salpingite purulente gonorrhéique avec gonococcus dans le pus. Extirpation. Guérison, par le docteur E. G. Orthmann (*Berliner klin Wochenschrift*, 1887, n° 14, p. 236). — VII. Note sur le traitement de la vaginite et de l'endométrite gonorhéiques, par H. Fritsch (*Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 30, p. 477. — Indications bibliographiques.

IV. La fréquence relative avec laquelle sont contaminées les différentes portions de l'appareil génito-urinaire chez les femmes blennorrhagiques a été diversement appréciée par les médecins les mieux à même d'élucider cette question. Ainsi, d'après les uns, l'uréthrite blennorrhagique est des plus rares chez la femme; Zeissl prétend ne l'avoir rencontrée que cinq ou six fois sur 100 cas de vaginite virulente, et Lewin huit fois sur 240 cas. Au contraire, Martineau, en France, déclare dans ses *Leçons cliniques sur la blennorrhagie chez la femme* (Paris, 1885) « qu'il n'a pas encore observé un seul cas où l'uréthrite fit défaut, alors qu'il existait soit une vaginite, soit une vulvite blennorrhagique ».

D'après Martineau et de Sinéty, l'envahissement du vagin par la blennorrhagie est de règle. Schwarz, dont nous analyserons le travail plus loin, est du même avis, sauf qu'il admet que, parvenue à son stade chronique, la blennorrhagie vaginale se déplace vers l'utérus et les trompes. Bumm, un élève de Neisser, a soutenu, en se basant sur des recherches de bactériologie, que les agents virulents, les gonococcus qu'on trouve dans le vagin des femmes affectées de la blennorrhagie, n'ont pas végété sur place, qu'ils proviennent exclusivement du col, la muqueuse vaginale réalisant des conditions très défavorables à leur développement.

Les recherches que M. Steinschneider a faites sous la direction du professeur Neisser, ont eu pour objet de tirer cette question au clair. Elles ont consisté à rechercher le gonococcus dans les produits de sécrétion recueillis à la surface ou dans la profondeur des organes génito-urinaires (urèthre, vulve, glandes de Bartholin, vagin, col, corps de l'utérus, smegma clitoridien), chez 37 filles publiques, dont 34 étaient atteintes d'une blennorrhagie aiguë récente, les trois autres d'une blennorrhagie datant de plusieurs mois (trois, quatre et cinq). Ces recherches ont été conduites avec toutes les précautions exigibles. Pour la coloration des pièces, l'auteur, sur les conseils de M. Neisser et contrairement aux indications données par M. Lœwenhard (voir n° 36, p. 425), s'est servi d'une solution de safranine dans de l'eau alcoolisée (safranine 1 + alcool 100 + eau 200). Quelques gouttes de cette solution étaient déposées sur la préparation préalablement soumise à l'échauffement. Au bout de quelques secondes de contact, on lavait la préparation et on la desséchait. L'avantage de ce procédé de coloration est que les cellules prennent une teinte plus claire que les noyaux et les bactéries, les amas de gonococcus groupés autour des noyaux s'aperçoivent avec une netteté remarquable.

M. Steinschneider a résumé les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Dans tous les cas d'infection gonorrhéique, celle-ci envahit d'abord l'urèthre (100 % des cas), dans un grand nombre de cas (47 0/0) la muqueuse du col, celle du corps de l'utérus (50 0/0, c'est-à-dire 3 sur 6 cas où la sécrétion utérine a été examinée); quelquefois aussi les glandes de Bartholin (1 fois sur 34);

2° Dans tous les cas de gonorrhée récente, il existe une uréthrite gonorrhéique. Même quand elle est peu abondante, la sécrétion urétbrale renferme des gonococcus;

3° Longtemps après que les gonococcus ont disparu de la sécrétion uréthrale, on peut encore en découvrir dans la sécrétion du col et du corps de l'utérus, sans qu'il résulte forcément de leur présence un état inflammatoire de la muqueuse de ces organes;

4° Les gonococcus ne s'implantent pas dans la muqueuse de la vulve et du vagin, chez les femmes adultes; leur présence dans les produits de sécrétion qui baignent la vulve et le vagin tient vraisemblablement à ce qu'ils sont entraînés en

ces points, des muqueuses avoisinantes envahies par l'infection blennorrhagique. Il reste à savoir si la vulve et le vagin sont redevables de leur immunité à leur épais épithélium pavimenteux, qui les protégerait contre l'immigration des gonococcus, ou à l'acidité de leur sécrétion, qui peut être un obstacle au développement de ces bactéries, ou à la destruction de ces dernières par les nombreuses autres espèces de bactéries qui habitent le vagin.

V. La question du rôle étiologique de la gonorrhée latente dans le développement des maladies des organes génitaux chez la femme a été soulevée à plusieurs reprises dans ces derniers temps, en Allemagne. L'impulsion est partie d'Amérique; c'est Nœggerath qui, le premier, a soutenu que la gonorrhée joue un rôle considérable dans le développement des affections qui sont du ressort de la gynécologie. Nœggerath estime à 16 % la proportion des femmes qui sont en puissance d'une affection blennorrhagique. Cela, bien entendu, s'applique aux femmes du Nouveau-Monde.

D'ailleurs, cette estimation ne saurait paraître trop exagérée pour qui considère, d'une part, la difficulté de déterminer dans beaucoup de cas la véritable nature d'un écoulement utéro-vaginal, et, d'autre part, les résultats annoncés par quelques observateurs qui ont accepté la présence du gonococcus de Neisser dans une sécrétion morbide comme une preuve irrécusable de la nature virulente, blennorrhagique, de cette sécrétion. Oppenheim (voir GAZETTE MÉDICALE, 1885, n° 31, p. 365) a constaté la présence du gonococcus dans la sécrétion vaginale chez 30 femmes enceintes sur 108 examinées; Lomer chez 9 sur 32, et Schwarz chez 77 femmes, enceintes ou non, sur 617.

Nous avons déjà rendu compte (COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES, 1884, n° 44, p. 467 et JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, 1886, n° 35, p. 326), de deux publications de M. Saenger, qui s'est rallié à la thèse soutenue par Nœggerath. La dernière statistique (personnelle) de M. Saenger porte que, sur un total de 161 cas d'affections des organes génitaux chez la femme, 18 % reconnaissaient pour point de départ une infection gonorrhéique. M. Schwartz défend les mêmes idées et annonce des résultats qui concordent avec ceux de Nœggerath et de Saenger. Voici un résumé de son intéressant travail :

La gonorrhée, chez la femme, n'est pas seulement une affection d'une grande fréquence ; elle a aussi une extrême importance, en raison de sa tendance à envahir l'utérus, les trompes, les ovaires, le péritoine pelvien. Il est rare qu'elle guérisse d'une façon complète. Une partie des femmes affectées de la gonorrhée succombent à des péritonites suppuratives, à des affections des reins, etc., à la tuberculose, aux suites d'une dégénérescence amyloïde. La gonorrhée des femmes joue un rôle prépondérant dans le développement de l'ophtalmie des nouveau-nés ; beaucoup d'enfants aveugles lui doivent leur cécité.

La gonorrhée des femmes est une affection virulente contagieuse, qui se transmet habituellement par le coït, quelquefois par l'intermédiaire d'un instrument, de la main d'un explorateur. L'agent virulent, le contage, n'est autre que le gonococcus de Neisser ; sans gonococcus, pas de gonorrhée. Plus ces micro-organismes sont nombreux dans la sécrétion morbide, plus l'infection aura de facilité à s'effectuer, plus l'affection transmise sera intense. Pendant la menstruation et la grossesse, la virulence des sécrétions augmente souvent, par suite d'une multiplication considérable des gonococcus.

L'infection blennorrhagique a le plus souvent un début insidieux, du moins chez les femmes mariées. Cette forme insidieuse s'observe principalement chez les femmes mariées récemment avec un homme affecté d'une gonorrhée latente. Les symptômes initiaux passent facilement inaperçus, tant ils sont peu accusés. Ils n'attirent l'attention qu'à partir du moment où l'infection a gagné la muqueuse utérine. Les femmes se plaignent d'une douleur sourde, brûlante, qui siège dans le bassin et s'exaspère à l'occasion des mouvements. Quand l'infection envahit le péritoine, comme il arrive ordinairement à la suite de la première couche, il se forme des exsudats. La péri-métrite et la péri-oophorite sont les suites ultérieures de l'affection. Les malades prennent, à cette période, une attitude particulière, que l'auteur appelle « habitus abdominalis » ; elles courbent le corps en avant, ne marchent qu'à petits pas, évitent tout mouvement rapide, tout heurt. La menstruation est très douloureuse, les époques avancent ou retardent ; les règles sont trop abondantes ou parcimonieuses. Le corps et le col de l'utérus sont presque toujours intéressés, le vagin et la vulve le sont beaucoup moins souvent. La caractéristique de l'affection, au point de vue anatomo-pathologique, réside dans la présence des gonococcus au sein des matières sécrétées et des tissus. Autrement, les lésions n'ont rien de particulier.

En somme, les principaux symptômes de cette affection gonorrhéique latente des organes génitaux, chez la femme, sont :

Des troubles de la menstruation. Les règles n'apparaissent qu'à des intervalles de cinq à six semaines ou de plusieurs mois et sont douloureuses. La perte de sang est peu abondante.

Des péri-métrites récidivantes. La moindre influence nocive produit une aggravation avec fièvre et formation d'un exsudat. Les trompes, remplies de pus, déversent, peut-être par contraction de leur paroi, leur contenu dans la cavité abdominale.

La stérilité, l'avortement habituel, la vaginite adhésive, l'endométrite sénile, le catarrhe de la vessie, l'hystérie s'observent souvent chez ces femmes.

Le diagnostic, établi sur ces symptômes, est corroboré par la constatation des gonococcus dans les sécrétions morbides.

Au point de vue prophylactique, il y a lieu d'interdire le mariage, éventuellement le coït, aux hommes affectés d'une blennorrhagie, tant que la guérison n'a pas été obtenue d'une façon complète.

En fait de traitement, M. Schwarz préconise l'emploi des antiseptiques (sublimé, iodoforme, teinture d'iode, acide phénique) en lavages et en applications topiques prolongées. Quand les trompes et le péritoine sont touchés, il faut s'en tenir au traitement symptomatique. Toutefois, dans le cas d'une pyo-salpingite, on pourra tenter l'extirpation de la tumeur, en ne négligeant pas d'enlever les ovaires du même coup. Mais l'opération est laborieuse ; elle offre des chances considérables de péritonite mortelle.

VI. Une femme de 22 ans, pâle, maigre, blonde, se plaignait d'une douleur dans les deux flancs, plus accusée à gauche ; elle avait un léger écoulement par les organes génitaux. Menstruation régulière ; durée des époques quatre à cinq jours ; règles pas trop abondantes, un peu plus dans les derniers temps.

Cette femme s'est mariée en octobre 1885 ; elle a accouchée (à terme) au mois d'avril 1886. Huit semaines plus tard, elle a ressenti les premiers symptômes du mal qui l'amène à l'hôpital (20 décembre 1886). Par moments, elle a éprouvé de la douleur et une sensation de brûlure en urinant. Les renseignements obtenus du mari portent que celui-ci a eu plusieurs gonorrhées. L'examen des organes du petit bassin aboutit à faire diagnostiquer une tumeur tubo-ovarienne à gauche, une salpingite avec oophorite à droite. Traitement ; Application de trois ventouses de chaque côté du ventre, applications froides, injections chaudes ; repos ; magnésie. La tumeur continuant à se développer et la malade dépérissant de plus en plus, le professeur Martin se décide à pratiquer une laparotomie suivie d'une ovario-salpingotomie double, avec extirpation d'un hématome du ligament large à gauche. Nous passons sur les détails de l'opération, qui dura en tout vingt-quatre minutes. On constata finalement, chez cette femme, l'existence d'une salpingite purulente à droite, d'un hématome de l'ovaire droit, d'une périsalpingite et d'une périoophorite du même côté, d'une salpingite catarrhale gauche, d'une hydropisie des follicules de l'ovaire gauche, d'une périsalpingite et d'une périoophorite, d'un hématome (volume d'une pomme) du ligament large de ce même côté.

La patiente a quitté l'hôpital, guérie. La guérison se maintenait fin mars de cette année.

L'examen bactériologique du pus extrait de la trompe droite montra qu'il ne s'y trouvait point de *bacilli tuberculosi*, mais des gonococcus bien caractéristiques comme forme et comme groupement. Il n'a pas été possible de découvrir des gonococcus dans l'épaisseur des tissus.

M. ORTHMANN a rappelé que la présence des gonococcus dans un foyer de salpingite suppurée avait déjà été constatée précédemment par M. Westemark (HYGEA, janvier 1886, t. XLVIII).

VII. Le traitement de la vaginite et de l'endométrite gonorrhéique expose à beaucoup de déboires. M. FRITSCH, qui convient de cela, préconise la médication suivante, qui lui a, dit-il, donné des résultats tout à fait surprenants.

Il prescrit un mélange, à parties égales, de chlorure de zinc et d'eau ; il dilue 20 grammes de ce mélange dans un litre d'eau maintenue à la température de 30° (R.). Cette solution chaude sert à faire des irrigations vaginales, au nombre de deux par jour, la malade étant couchée sur le dos. Ordinairement l'écoulement vaginal est complètement tari après dix injections. Naturellement, il se reproduira dans les cas où le col, la muqueuse et les trompes sont envahis par l'infection. Il faut alors cautériser la face interne de l'utérus avec des solutions de chlorure de zinc plus concentrées, et introduire, à plusieurs reprises, un bâtonnet d'iodoforme dans la cavité utérine.

A noter que M. Fritsch n'ose pas affirmer avoir obtenu des guérisons complètes.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. *Le micro-organisme des affections gonorrhéiques des muqueuses* (gonococcus de Neisser), Wiesbaden, 1886, J.-I. Bergman, éditeur, 2e édition. (Exposé des recherches bactériologiques faites sous la direction de NEISSER et concernant le gonococcus.) — En ensemençant ce microbe dans du sérum sanguin d'origine placentaire, l'auteur a réussi à obtenir vingt générations consécutives du gonococcus à l'état de culture pure. L'inoculation d'un produit de vingtième génération a donné des résultats positifs.

II. *Sur la blennorrhée nasale*, par G. FIRVE, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, nº 35. — Travail dans lequel il n'est question que très incidemment de la blennorrhée nasale.

III. *Sur la gonorrhée latente chez la femme*, par F. LEVY, de Copenhague, *Hospital Tidende*, 1887, nos 1-2. — Trois observations personnelles, annexées à une analyse du travail de Schwarz.

IV. *Un cas de gonorrhée chez une petite fille de cinq ans ; péritonite, mort*, par S. LŒVEN, de Stockholm. *Hygiea*, 1886, t. XLVIII, nº 10, p. 607. — Observation peu probante au point de vue de la nature gonorrhéique de la vaginite.

V. *Les arthrites gonorrhéiques*, par le professeur E. SONNENBURG. *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, nº 43, p. 481. — L'auteur a constaté la présence des gonococcus dans l'épanchement articulaire, chez un sujet atteint d'une arthrite blennorrhagique.

VI. *Les affections rhumatismales des gonorrhéiques*, par le docteur LŒB. *Deut. Archiv für klin. Medicin*, t. XXXVIII, fasc. 1 et 2, p. 156. — *Le rhumatisme blennorrhagique*, par le même. *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, nos 83 et 84.

VII. *Les micro-organismes de la blennorrhagie urétrale chez l'homme*, par S. GIOVANNINI (*Centralblatt für die medic. Wissenschaften*, 1886, nº 48, p. 864).

(L'auteur a isolé du pus blennorrhagique cinq variétés de micro-organismes ; inoculées à l'état de culture pure dans l'urètre d'un homme sain, aucune de ces variétés de micro-organismes n'a reproduit la blennorrhagie.)

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE EXTERNE, publiés par le professeur A. BOUCHARD (de Bordeaux). — Tome Ier, fascicule 1er. — Pathologie externe générale, gr. in-8°, avec la collaboration de M. le professeur Coyne et de MM. Poinsot, Planteau, Piéchaud, Lagrange, agrégés. — Asselin et Houzeau, éditeurs. Paris, 1887.

L'École de Bordeaux, rompant avec les anciennes traditions, publie le premier fascicule d'un traité de pathologie chirurgicale reposant sur des bases anatomo-physiologiques. Groupant les phénomènes cliniques, elle donne, de la filiation de la plupart d'entre eux, sinon de tous, une explication rationnelle appuyée sur nos connaissances biologiques. Aussi ne s'astreint-elle pas à suivre les divisions étiologiques, symptomatiques, pronostiques ; l'histoire d'une maladie chirurgicale étant une, toutes les conditions restant corrélatives dérivent les unes des autres dans le texte autant que le permet l'état de la science actuelle. Pour ce qui est du traitement des blessés, les auteurs se bornent à l'examen et à l'analyse des indications à remplir, renvoyant aux traités spéciaux dans les cas où il y a lieu de recourir à l'intervention armée.

Tel est, pour l'indiquer dès les premières lignes, l'esprit qui a présidé et qui présidera à la rédaction d'un travail devant comporter deux volumes, divisés chacun en deux parties.

Le premier fascicule, que nous avons entre les mains et dont nous allons essayer de donner une idée sommaire, est exclusivement consacré à l'étude des éléments anatomiques et à leurs modifications. Dû en très grande partie à la plume de MM. Coyne et A. Bouchard, le premier traite avec la compétence qu'on lui connaît, de la cellule et des divers tissus, de leurs propriétés nutritives, c'est-à-dire de l'hypertrophie, de l'atrophie, de la gangrène, des infiltrations. Abordant ensuite le chapitre des altérations formatives, il est amené à nous donner une magistrale étude des tumeurs. Son mérite est d'être clair et concis, de bien exposer les raisons qui lui font adopter telle opinion plutôt que telle autre. C'est ainsi que, repoussant la classification de Virchow et Förster, basées sur la simple notion du tissu constituant le produit pathologique, il préfère celle de Cornil, établie sur l'analogie des tumeurs avec les tissus normaux, en la modifiant toutefois, en condensant ce qu'il est susceptible de rapprocher. Loin de lui cependant de prétendre que l'on devra décider de la gravité de la néoformation par la place que cette dernière occupe dans le classement anatomique, ce desideratum restant absolument subordonné à la connaissance des genres, de l'espèce et de la variété de la lésion, plus encore peut-être à son accroissement rapide, déterminé par la formation rapide d'une grande quantité d'éléments embryonnaires.

Les chapitres relatifs aux lésions mécaniques des éléments anatomiques et des tissus, c'est-à-dire l'étude des plaies et de leurs complications ont été écrits par M. A. Bouchard. L'auteur examine successivement les plaies par instruments piquants, tranchants, contondants, et, dans cette dernière classe rentrent tout naturellement celles produites par les armes à feu. Ce sujet, toujours plein d'actualité et fort vaste, tant en raison de l'excessive variété et de l'incessant perfectionnement des engins destructeurs que des désordres considérables susceptibles d'être produits, a fait naître des traités spéciaux auxquels le lecteur est renvoyé pour plus amples renseignements.

Les complications des plaies sont nombreuses, il suffit de rappeler les hémorrhagies, la fièvre traumatique, la douleur, le délire, le tétanos. Il peut se produire encore d'autres accidents, imputables à l'introduction soit d'un venin, soit d'un virus, et si, dans ce dernier cas, l'action se borne à l'individu sans transmission à sa descendance, on peut voir survenir les désordres consécutifs aux plaies anatomiques, à la morve et au farcin, au charbon, à la rage, à l'érysipèle, à l'infection purulente et putride, à la pourriture d'hôpital. Tout au contraire, la tuberculose chirurgicale, la syphilis, sont dues à un virus dont l'action ne se bornant pas à l'individu se transmet atténué dans le premier cas et directement dans le second.

Les articles morve et farcin ont M. Piéchaud pour auteur. M. Poinsot a traité de la pourriture d'hôpital et de la tuberculose chirurgicale. M. Lagrange s'est cantonné dans le domaine de la syphilis.

On doit à M. Bouchard l'étude des lésions des éléments anatomiques déterminées par des altérations de la nutrition et de l'innervation, c'est-à-dire ce qui est relatif aux diverses gangrènes, aux ulcères et aux fistules. Avec la collaboration de M. Planteau pour les brûlures, il écrit encore sur les lésions occasionnées par les modifications de la température.

Le dernier chapitre, sur les pansements en général, est en entier de M. Poinsot. Listérien convaincu, l'auteur n'admet le pansement ouaté de Guérin que pour les plaies traumatiques n'exigeant pas de grandes surveillances et pour la chirurgie de guerre. En dehors de ces cas, la méthode du professeur d'Edimbourg l'emporte sur tous les autres modes de pansement. « L'acide phénique constitue évidemment l'antiseptique par excellence, mais l'eucalyptus pour les injections faites dans les cavités muqueuses ou séreuses, le chlorure de zinc pour les plaies en suppuration, l'iodoforme pour celles qu'entache un vice scrofuleux ou tuberculeux et aussi pour le tamponnement des cavités naturelles peuvent suppléer ou compléter son action. »

Faisant à tous égards le plus grand éloge du fascicule paru, nous exprimons le vif désir de lire sans tarder ceux qui restent à paraître.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOLOGIE DES TROUPES A TAMATAVE (MADAGASCAR), 1884-85, par M. L. LE GOLLEUR. — Thèse de Paris, 1886.

Par ce temps d'expéditions lointaines, on doit réserver bon accueil à tout ce qui peut nous instruire tant sur la topographie, le climat et la morbidité des points nouvellement occupés, que sur l'hygiène particulière à y suivre ; l'Algérie et nos autres possessions ont pendant longtemps fourni les sujets les plus variés à l'étude de nos médecins de l'armée et de la marine.

Un nouveau champ tout dernièrement ouvert aux investigations a déjà valu, entre autres mémoires, l'excellent travail de notre collègue Villedary sur le Haut-Tonkin et la présente thèse de M. Le Golleur sur la pathologie des troupes à Madagascar.

Un fait incontesté, dit l'auteur, c'est que le séjour de l'île et de Tamatave en particulier est éminemment malsain pour les Européens. La fièvre intermittente étant l'ennemi, et de tous peut-être le plus redoutable, il faut fuir le littoral et monter au plus vite dans les hautes terres où les marais n'existent plus. C'est, du reste, la façon d'agir des Hovas, qui, avant la guerre, ne maintenaient sur les différents points dangereux que les fonctionnaires et les troupes absolument nécessaires. Les traitants européens ne se livraient au négoce sur les côtes qu'à époques marquées, les grandes chaleurs de janvier, février et mars coïncidant toujours avec la cessation de tout commerce.

La conséquence est que les troupes devraient arriver pendant la bonne saison seulement et qu'il conviendrait encore, pour les acclimater, de les faire passer par le climat salubre de la Réunion, d'où, au bout d'un an, elles seraient envoyées à Madagascar : le rapatriement se trouverait au bout de cette deuxième année.

Bien que M. Le Golleur ait dit quelque chose de l'insolation, de la congestion du foie, de la diarrhée, de la dysenterie, des plaies et ulcères, de la tuberculose, c'est la fièvre intermittente qu'il a voulu tout particulièrement décrire. L'a-t-il fait heureusement? Nous n'oserions l'affirmer d'autant que les manifestations cliniques absolument variées et bizarres de cette entité morbide méritaient de réels efforts pour rester clair et concis.

CH. AMAT.

CORRESPONDANCE

GIRAUD-TEULON.

La GAZETTE MÉDICALE, dans son avant-dernier numéro, et par la plume de notre excellent collaborateur, M. Dureau, a payé un tribut de regrets à la mémoire de Giraud-Teulon. Frappé du silence de la plupart des journaux sur la perte considérable que la science française vient de faire en la personne de l'éminent ophthalmologiste, notre distingué confrère, M. Bordier, nous adresse la notice suivante que nous nous empressons de publier. Nos anciens lecteurs n'ont pas oublié que, pendant plusieurs années, M. Giraud-Teulon a été, sous la direction de M. Jules Guérin, le rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE et, si l'on veut se reporter à cette époque, on appréciera le tact, la courtoisie, l'indépendance d'esprit, le talent avec lesquels notre regretté confrère savait comprendre et remplir ses devoirs de publiciste. En présence de la froideur, sinon de l'indifférence générale de la Presse signalée par M. Bordier, on nous permettra, dans ce journal qui fut le sien, de rendre un double hommage au savant modeste que nous venons de perdre.

F. DE R.

Le lecteur indifférent, qui, au milieu des occupations nombreuses d'une villégiature, a parcouru les journaux de la semaine dernière, ne s'est pas douté que la France venait de perdre un savant de premier ordre. La presse médicale s'est à peu près bornée sauf quelques exceptions, à enregistrer le décès de Giraud-Teulon; quelques-uns de nos confrères de la presse politique ont fait une réduction de cet acte d'enregistrement, et tout a été dit.

Que de médiocrités continuent, au contraire, après leur mort, le bruit qu'elles avaient tant aimé! et combien ne nous arrive-t-il pas souvent, par une complicité involontaire avec le charlatanisme, de célébrer les vertus et les talents d'inutiles inconnus! C'est que le monde est sans pitié pour les modestes; il ne marchande l'éloge qu'à ceux qui ne savent pas le réclamer. Et puis, Giraud-Teulon n'était pas un savant étranger, sans quoi tous les journaux eussent retenti de son nom; il n'était que Français, ardent patriote, vieux républicain de 1848, philosophe, libre-penseur, érudit, savant de premier ordre, et il fuyait le bruit. Or c'est là un défaut qui cache toutes les qualités à certains yeux.

Il importe cependant, non pour l'homme qui est mort simplement, comme il avait vécu, qui a voulu des funérailles sans pompes religieuses ni laïques, mais pour les siens, pour ses amis, pour son pays qu'il aimait profondément, il importe de dire quel fut le rôle de Giraud-Teulon.

Sa vie n'a pas été calquée sur le modèle classique; il ne fut pas, comme tant d'autres, spécialisé de bonne heure pour une branche de la science, discipliné et dressé par un entraînement approprié pour un métier, ni pour une division ou une subdivision de métier. Ce spécialiste était avant tout un encyclopédiste, à l'inverse de tant d'autres qui prétendent tout embrasser, sans avoir même étreint une seule spécialité. Il a toujours été idéaliste, dans le bon sens du mot, c'est-à-dire qu'il a vécu et marché toujours sous l'empire d'un idéal, qui n'avait rien de commun avec l'art de parvenir.

Sorti de l'École polytechnique, il était passionné pour les sciences mathématiques; mais il avait l'esprit trop large et trop élevé pour comprendre qu'elles pussent être séparées du reste des connaissances humaines. Elles devaient servir, à ses yeux, bien moins à construire des ponts et des chaussées, à diriger le tir d'un canon, à attaquer ou défendre les places de guerre, qu'à blinder l'esprit et à le discipliner pour l'étude des connaissances humaines dans leur ensemble.

La science sociale lui semblait d'ailleurs être l'aboutissant pratique de toutes les autres. De bonne heure la politique le tenta. Mais la politique n'était pas pour lui l'art d'émarger au budget ou de devenir fonctionnaire prudent et habile de manœuvres entre les partis. Après avoir occupé divers postes importants sous la seconde République, il sentit que son idéal ne pouvait encore être réalisé. L'économie politique et les hautes études sociales l'accaparèrent tout entier jusqu'au moment où, par une pente naturelle qui entraîne les esprits complets et bien équilibrés, comme le sien, il comprit que les mathématiques et la science sociale étaient impuissants à satisfaire son idéal de science totale et aristotélienne, si elles ne s'adjoignaient les sciences naturelles : le voile plongé dans l'histoire naturelle et dans la médecine.

Après avoir ainsi parcouru le cycle complet des connaissances humaines, il était tout préparé pour saisir et diriger à son tour le courant qui allait entraîner les sciences naturelles et la médecine en particulier loin des sentiers de la métaphysique, dans la voie précise et positive des sciences exactes. Sa fermeté de conviction, ses qualités littéraires, tout le désignait pour la place qu'il occupa alors dans le journalisme médical.

C'était le moment où Helmoltz ouvrait une ère nouvelle dans l'étude de la vision et dans celle de l'œil, deux sciences séparées jusque-là et que Giraud-Teulon eut le mérite de réunir chez nous en prenant à côté d'Helmoltz une place originale et indépendante.

C'est à partir de cette époque que, dans la mécanique animale et dans la mécanique optique en particulier, il prend cette place que marqueront éternellement *les Principes de mécanique animale, la Physiologie et Pathologie fonctionnelles de la vision binoculare, les Leçons sur le strabisme et la dipoplie, le Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil, l'Œil, la Vision et ses anomalies, l'Etude du mécanisme de tout*, etc.

Dans tous ces ouvrages, on sent partout que le mathématicien et le naturaliste sont doublés d'un philosophe, et plus il se spécialise, plus il se généralise.

Lettré, érudit, fin et coloré, passionné pour ses idées sans entêtement, comme il avait beaucoup vu, beaucoup lu, beaucoup comparé et beaucoup vécu, tout en étant encore plein de vigueur et de virilité, c'était un causeur charmant.

Pourquoi faut il que tant de qualités aient été brisées alors que son amour du travail et sa puissante vitalité promettaient encore à la science!

Giraud-Teulon restera une gloire de la science française. Sa perte est d'autant plus irréparable qu'il était de ces hommes aujourd'hui de plus en plus rares qui sacrifient, sans hésiter, toutes les situations sociales à une idée.

Dr A. BORDIER.

NOTES & INFORMATIONS

DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION DES ÉLÈVES EN PHARMACIE D'ALSACE-LORRAINE. — Par arrêté de M. le Président de la Basse-Alsace, en date du 23 août, l'Association des élèves en pharmacie d'Alsace-Lorraine a été dissoute. Cette décision vient d'être communiquée au Comité de l'Association par la direction de police.

— D'après la Post de Strasbourg, la dissolution de l'Association des élèves en pharmacie d'Alsace-Lorraine a été motivée par des correspondances trouvées lors des perquisitions faites au commencement de cette année, dans le local de l'Association et dans celui de la *Sundgovia* et qui ont fourni les preuves des tendances anti-allemandes de l'Association. Celle-ci n'entretenait aucun rapport avec les autres Sociétés universitaires, la plupart des membres ayant déjà passé leur examen devant la Commission d'Etat (*Staatsexamen*); ils étaient tous Alsaciens de

naissance, les Vieux-Allemands ne pouvaient être reçus membres de l'Association.

— SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, l'article 5 du décret du 2 mai 1887, modifiant le décret du 10 janvier 1884, relatif à l'admission et à l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, est modifié ainsi qu'il suit :

« Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens, professeurs agrégés dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes, les Ecoles de médecine et les Ecoles supérieures de pharmacie, les chefs de clinique, les prosecteurs des Facultés ou des Ecoles de médecine nommés au concours, ainsi que les médecins et pharmaciens qui remplissent les emplois de médecin, de chirurgien ou de pharmacien d'hôpitaux, dans ces villes où ces emplois sont donnés au concours. »

— CONSOMMATION DE LA BIÈRE EN FRANCE. — Jusqu'ici, en France, c'est la ville de Nantes qui consomme le moins de bière : 4 litres par an et par habitant. Viennent ensuite Angers, 5 litres ; Rennes, 6 litres ; Le Mans, Caen, Saint-Etienne, Nimes, chacun 7 litres ; Bordeaux et Cette, 8 litres ; Lyon et Marseille, 9 litres ; Toulon, Orléans, Montpellier, 10 litres ; Toulouse, Limoges, Clermont-Ferrand, 11 litres ; Paris, 12 litres par habitant, ainsi que Nice, Tours et Troyes ; Rouen et Béziers, 14 litres ; Brest, 16 litres ; Grenoble, 17 litres ; Lorient, 18 ; Versailles, 19 ; Dijon, 20 ; Le Havre, 22 ; Besançon, 26 ; Saint-Denis, 36 ; Reims, 39 ; Nancy, 48 ; Boulogne-sur-Mer, 78 ; Amiens, 100 ; Dunkerque, 145 ; Rouhaix, 211 ; Tourcoing, 222 ; Saint-Quentin, 234 ; Saint-Pierre-les-Calais, 238, et enfin Lille, 301.

A Munich, la consommation dépasse, pour une année, 400 litres par tête.

— STATISTIQUE DES PERSONNES TRAITÉES A L'INSTITUT PASTEUR PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1887. — Français et Algériens, 125 ; étrangers, 19. Total, 144.

Chez 18, la rage a été reconnue par l'inoculation préventive du bulbe ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps que les personnes traitées ; elle a été constatée par observations vétérinaires chez 103 ; enfin, 24 des personnes traitées ont été mordues par des animaux simplement suspects de rage.

Deux des personnes traitées antérieurement sont signalées comme mortes de la rage pendant le mois de juillet.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Fraysse (de Lacapelle-Marival), maire de sa commune et conseiller général depuis 1871, vice-président du Conseil général ; — Grammaire, médecin de l'état civil du Xe arrondissement ; — Rousseau (Jean-Baptiste), ancien interne des hôpitaux de Paris (1815), mort à Epernay, où il était chirurgien de l'hôpital, médecin de la Maison d'arrêt, médecin du chemin de fer de l'Est et vice-président de l'Association des médecins de la Marne ; — Demeaux (d'Aix-les-Bains) ; — Pinet (de Pont-de-l'Arche).

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre a décidé, le 31 août, l'inscription d'office, au tableau d'avancement, pour services exceptionnels rendus au Tonkin :

1o Pour le grade de médecin principal de deuxième classe, de M. Mathias, médecin-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

2o Pour le grade de médecin-major de deuxième classe, de M. Baratte, médecin aide-major de première classe au 2e régiment étranger, au Tonkin.

3o Pour le grade de pharmacien-major de première classe, de M. Danphin, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital de Versailles.

* *

— ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le Dr Guilbert, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. Deswatines, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.)

M. Denizet, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est nommé directeur de l'asile de Cadillac, en remplacement de M. Guilbert, et maintenu dans la 2e classe de son grade (4,000 fr.).

M. le Dr Deswatines, directeur de l'asile de Bordeaux, est nommé directeur de l'asile du Mans, en remplacement de M. Denizet, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

M. le Dr Cortyl, directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Leblond, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire. M. Cortyl est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

M. le Dr Giraud, directeur-médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Cortyl, et promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

M. le Dr Caillau, médecin-ajoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Fains, en remplacement de M. Giraud, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

M. le Dr Girma, médecin-adjoint à l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est nommé médecin-adjeint de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le Dr Barandon, mis en disponibilité sur sa demande. M. Girma est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

M. le Dr Le grain, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin-ajoint à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), en remplacement de M. le Dr Kéraval, appelé à d'autres fonctions. M. Legrain est placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.).

M. le Dr Brusque, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir 1er mai 1887.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Weber. Une ovarite scléreuse. — M. Vinerta. Essai sur les relations de la phtisie pulmonaire avec quelques maladies aiguës. — M. Mavrikos. De l'érysipèle chez les nouveau-nés. — M. Lacoste. Contribution à l'étude de la maladie de Perkinson. (De quelques formes anormales). — M. Source. La maladie kystique de la mamelle (Maladie de Reclus). — M. Bargy. Contribution à l'étude clinique des ostéosarcomes. — M. Bigorre. Considérations sur les épilepsies partielles.

M. Schrœder. Contribution à l'étude de l'ictère syphilitique secondaire. — M. Duchesne. De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique. — M. Caravias. Etude sur les Vaselines liquides comme véhicule dans la méthode hypodermique. — M. Cédié. Traitement des loupes.

M. Rojas. Contribution à l'étude du diabète sucré chez l'enfant.

— M. Suzor. La rage. — M. Hommey. Contribution à l'étude anatomique des kystes du rein.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 AOUT 1887.

Fièvre typhoïde 23 — Variole 7. — Rougeole 17. — Scarlatine 0. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 21. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 184. — Autres tuberculoses 24. — Tumeurs : Cancéreuses 13. — Autres 7. — Méningite 31. — Congestion et hémorr. cérébr. 40. — Paralysie 5. — Ramollissement cérébral 7. — Maladies organiques du cœur 61. — Bronchite aiguë 6. — Bronchite chronique 22. — Broncho-pneumonie 13. — Pneumonie 40. — Gastro-entérite : Sein 45. — Biberon 102. — Autres 11. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 12. — Suicides 17. — Autres morts violentes 11. — Autres causes de mort 157. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 904 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Première session. — Biarritz (1886). — Paris, 1887, Octave Doin, libraire-éditeur.

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, par le docteur François-Franck, directeur adjoint du laboratoire de physiologie de l'École des Hautes-Études, professeur remplaçant au Collège de France, précédées d'une préface du professeur Charcot. Un volume grand in-8 de 560 pages, avec 83 figures — Prix : 12 fr. — O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La pratique obstétricale. — Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le docteur Gronzat, préparateur des cours d'accouchements a la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-12 de 290 pages avec 75 figures intercalées dans le texte. — Prix broché : 5 francs. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, fascicule 2. — Affections chirurgicales des appareils et des systèmes ; avec la collaboration de MM. les professeurs Viault et Demons, de MM. les professeurs agrégés Planteau, Piechaud et Maurice Denucé, de la Faculté de Bordeaux. Un vol. gr. in-8 de 370 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. ; le tome Ier (complet), 12 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

La pratique des maladies des femmes, par Th.-A. Emmet, chirurgien de l'hôpital des femmes de New-York, etc. Ouvrage traduit sur la troisième édition et annoté par Adolphe Olivier, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, avec une préface par M. le professeur U. Trélat. Un volume in-8 de XI-360 pages, avec 220 figures intercalées dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, 1887, librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale. — Cou. — Membre supérieur. — Poitrine. Un volume in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — Service de M. POLAILLON.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES PROCÉDÉS DE RESPIRATION ARTIFICIELLE, par PAUL THIÉRY, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Suite et fin. — Voir les numéros 35 36 et 37.

15o *Respiration artificielle avec le soufflet et le moteur mécanique.* — On conçoit dès l'abord les difficultés en présence desquelles on se trouve lorsque l'on veut pratiquer la respiration artificielle avec un soufflet ordinaire. Ce procédé n'a guère d'autre avantage que la rapidité avec laquelle on peut l'employer, puisqu'il n'exige pour toute instrumentation qu'un objet d'un usage journalier. Mais l'embout s'applique mal à la canule de trachéotomie : l'air envoyé est trop sec, sa pression n'est pas graduée, l'expiration ne peut se faire lorsque l'embout reste engagé dans la canule, ce qui nécessite une manœuvre difficile et laborieuse. Aussi, chez notre premier malade, n'avons-nous employé ce moyen que d'une façon temporaire; nous avons dû y renoncer presque aussitôt.

Nous ne jugerons pas de même l'appareil que M. Verdin a bien voulu nous prêter et que nous avons pu employer avec succès. C'est celui que nous avons vu employer et employé nous-mêmes bien souvent dans les laboratoires : il se compose essentiellement d'un soufflet mû par un volant à manivelle; à l'aide d'un écrou à glissière, on gradue et l'amplitude des mouvements du soufflet et la rotation du volant : celui-ci est mû à la main (manivelle) ou bien, dans les laboratoires, par un petit moteur hydraulique.

Un tube abducteur en caoutchouc amène l'air dans une canule spéciale que nous décrirons en deux mots : elle est formée d'un tube nickelé muni d'une fente longitudinale et de deux renflements terminaux olivaires dont l'un sert à lier le tube de caoutchouc; l'autre est introduit dans la trachée.

Le long du tube cylindrique peut se mouvoir une large bague de même métal qui obture plus ou moins la fente longitudinale que porte la canule. A l'aide de ce système, l'inspiration faite par le soufflet est suivie d'une expiration, sans que l'on ait besoin de retirer la canule; la révolution respiratoire se fait donc d'une manière automatique, et l'on gradue à volonté l'amplitude de l'inspiration et celle de l'expiration. Dans les laboratoires où l'on emploie le moteur hydraulique, on peut laisser ainsi un chien curarisé pendant des heures entières sans qu'aucun arrêt de la respiration puisse se produire.

C'est de cet appareil dont nous nous sommes servis dans les deux cas, lorsque la fatigue produite par l'insufflation directe était trop considérable. Nous avons pu, à l'aide de deux rondelles de diachylon perforées à leur centre, déterminer l'application exacte de la canule trachéale et de la canule de l'appareil. C'est là évidemment un procédé défectueux qui nécessite l'emploi d'une main pour maintenir la canule en place.

Nous aurions un reproche à faire : on peut craindre que l'appareil soit mal gradué et que l'insufflation pulmonaire soit trop considérable et ne provoque la rupture des vésicules pulmonaires.

L'air envoyé est trop sec et trop froid.

Mais il serait facile de remédier à tous ces inconvénients de la façon suivante : L'air envoyé par l'appareil sera lavé et se chargera de vapeur d'eau dans un flacon d'eau maintenue à une température suffisante pour le chauffer à 30 ou 32 degrés. Il sera ainsi humide et chaud; de plus, il sera filtré par une couche de ouate placée dans une ampoule de verre, afin de n'apporter dans les voies respiratoires aucun élément étranger ou agent virulent, qui sont toujours à redouter et jouent un rôle important dans la production de la broncho-pneumonie secondaire.

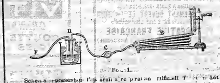


Fig. 1.

Schéma représentant l'appareil à respiration artificielle fonctionnant avec le moteur à manivelle.

A. Moteur à manivelle.
B. Soufflet.
C. Ampoule de verre remplie de ouate.
D. Flacon destiné à laver et à humidifier l'air.
E. Vase rempli d'eau chaude pour élever la température du flacon D.
F. Tube abducteur qui sera adapté à la canule trachéale.

(Nous avons omis à dessein les détails de construction qui permettent de graduer la quantité d'air envoyée dans le poumon, ainsi que la durée de la révolution respiratoire).

Il nous reste, pour parfaire l'instrument, à étudier la forme que l'on doit donner à la canule : pour en faire un instrument pratique, il faut nécessairement changer, non point la dispo-

sition de la canule trachéale, celle-ci étant toujours employée d'urgence doit servir telle que l'on peut se la procurer dans de pareilles circonstances, mais celle de la canule de l'appareil, qui sera modifiée ainsi qu'il suit : elle sera conforme au modèle ordinaire, mais devra ne point exiger la dénudation de la trachée qui, dans les vivisections, est complètement soulevée et fixée bout à bout à la canule de l'appareil ; de tels délabrements sont impossibles chez l'homme. Un des embouts de la canule sera donc plus effilé, de diamètre moins considérable, de façon à pouvoir être introduit dans un tube de caoutchouc, tube à drainage non perforé par exemple, de diamètre un peu inférieur à celui de la canule trachéale employée. Ce tube de caoutchouc sera introduit à frottement rude dans la canule trachéale, de telle sorte qu'il affleure l'orifice inférieur au niveau duquel il sera coupé net, tandis qu'il pourra dépasser d'une longueur variable l'ouverture extérieure de la canule. A ce niveau, il pourra être fixé par une épingle anglaise, qui le traversera de part en part et sera également engagée dans les deux anneaux du pavillon qui servent d'ordinaire à fixer le ruban qui doit maintenir la canule en place.

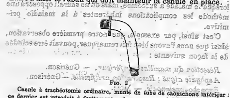


Fig. 2

Canule à trachéotomie ordinaire, munie du tube de caoutchouc intérieur : ce dernier est introduit à frottement rude.

Fig. 3

Canule de l'appareil généralement employé dans les laboratoires pour la respiration artificielle.

A. Canule proprement dite, qui est directement introduite dans la trachée.

B. Fente que présente cette canule pour l'expiration.

C. Gaine métallique glissant à frottement, de façon à obturer plus ou moins la fente B et présentant elle-même une fente D.

Toute primitive qu'elle soit, cette disposition assure, comme nous avons pu l'observer, un fonctionnement régulier de l'appareil et présente un avantage considérable, celui de pouvoir être improvisée séance tenante. C'est le but que nous nous proposions, bien plus que de faire construire une canule nouvelle, facile à imaginer évidemment, mais qui ne saurait être qu'un instrument spécial difficile à se procurer.

Dans ces conditions, on aura un appareil précieux, utile, et nous dirions volontiers indispensable, au moins pour nos grands hôpitaux, où les accidents asphyxiques ne sont pas rares (croup, œdème de la glotte, chloroformisation). Il nous a rendu de tels services dans les deux cas que nous avons cités que sa présence dans l'arsenal chirurgical des hôpitaux nous paraît tout indiquée.

Après ces considérations pratiques, il nous reste à formuler quelques conclusions à propos du sujet qui nous occupe. Nous le ferons sous forme de propositions.

Le temps au bout duquel la respiration artificielle peut être suivie est beaucoup plus long qu'on ne le pense généralement; une asphyxie aiguë de quatre est justiciable de la respiration artificielle.

Que l'asphyxie soit d'origine mécanique (rétrécissement du calibre) ou toxique (chloroforme), on peut distinguer deux catégories de faits :

Dans la première, l'asphyxie commence, mais la circulation existe encore, quoique faible : tout espoir de sauver le malade n'est pas perdu ; on devra employer les moyens ordinaires : fixation de la langue, pression du thorax et de l'abdomen, flagellation, injections d'éther et peut-être la pile.

Si ces moyens échouent, on aura simultanément recours aux applications du marteau de Mayor et aux compresses d'eau bouillante.

Mais si le début de l'asphyxie est déjà éloigné, si le pouls a cessé de battre, lorsqu'en un mot le malade est en état de mort apparente, ou peu s'en faut, on devra, sans perdre de temps, pratiquer la respiration par insufflations directes, les inhalations d'oxygène pur, que ces insufflations soient faites par une canule trachéale ou par tubage de la glotte.

On ne négligera pas d'installer le soufflet automatique destiné à suppléer à la fatigue de l'opérateur ; ces efforts, joints à ceux que nous avons mentionnés dans la première catégorie, seront entretenus d'une façon continue, jusqu'à ce que la réaction commence, ce laps de temps pouvant aller jusqu'à cinq et six heures, et tant qu'aucun signe de mort n'aura apparu ; le malade ne sera abandonné à lui-même que lorsque la respiration sera redevenue ample et régulière ; si elle faiblit, quelques insufflations directes suffiront à la rétablir.

Cette surveillance étroite du malade est d'une importance capitale : on voit, dans notre première observation, qu'à plusieurs reprises l'asphyxie a reparu avec des symptômes alarmants; le malade, laissé sans surveillance à ce moment, était perdu. Nous attirerons l'attention sur deux dispositions peu importantes à vrai dire dans l'espèce, mais simplement commodes, que nous avons employées pour faciliter l'observation des variations d'amplitude des mouvements respiratoires.

C'est, d'une part, la fixation d'une glace au-devant de la canule trachéale qui nous permettait d'étudier à quelque distance les variations de ces mouvements respiratoires, et, d'autre part, l'index mobile que nous avons placé au-devant de la canule et dont les oscillations nous indiquaient à chaque moment la persistance du courant inspiratoire et expiratoire.

Nous avons eu la curiosité de relever, dans le *Dictionnaire des sciences médicales* de Jaccoud, les signes de mort certains et incertains qui y sont exposés. Un certain nombre d'entre eux ayant été constatés chez notre premier malade, il ne nous semble pas sans intérêt d'en donner une énumération.

De ces sigues, les uns ont été constatés ; d'autres ont été recherchés, mais non constatés ; d'autres enfin n'ont pas été constatés par omission. Ces derniers sont marqués d'un X :

Signes de mort.

Incertains :

1o Flexion du pouce vers le creux de la main. constatée.
2o Absence de stase sanguine au-dessous d'une ligature circulaire........................ non constatée X
3o Défaut de transparence de certaines régions.................... constaté.
4o Sueur froide. Odeur se développant au moment de la mort.............. constatés.
5o Perte de connaissance.................... constatée.
6o Insensibilité du tact, du goût, de l'odorat. Id.
7o Toile glaireuse de la cornée............ Id.
8o Absence de respiration.................... Id.

9° Absence de pouls........................ constatée.
10° Non oxydation d'aiguilles plongées dans les tissus........................ non constatée X
11° Disparition du bruit musculaire............ Id.

Certains :

1° Aspect général........................ constaté.
2° Lividités cadavériques.................. non constatées.
3° Empreinte parcheminée.................. non constatée.
4° Brûlures sans vésication................ constatées.
5° Ventouses scarifiées.................... non constatées X
6° Dilatation de la pupille................ non constatée.
7° Immobilité de l'iris.................... constatée.
8° Décoloration de la rétine et opacité des milieux........................ non constatées X
9° Tache noire de la sclérotique............ non constatée X
10° Disparition de l'éclat de l'œil et de la transparence des milieux.................. constatée.
11° Affaissement du globe de l'œil........... non constaté.
12° Disparition des battements cardiaques..... non constatée.
13° Cardiopuncture......................... non constatée X
14° Artériotomie........................... Id.
15° Abaissement de température. Thanatomètrie................................ non constaté
16° Relâchement simultané des sphincters...... Id.
17° Abolition de la contraction musculaire.... constatée.
18° Rigidité cadavérique.................... non constatée.
19° Putréfaction........................... Id.

En résumé, on voit que, sur 11 signes incertains de mort, nous avons pu en observer 8 qui existaient certainement, les 3 autres n'ayant pas été observés par omission. C'est dire combien ces signes offrent peu de sécurité.

Quant aux signes de mort certains, ils sont au nombre de 19. Dans le premier cas, que nous prenons toujours comme exemple, car c'est le plus frappant, nous trouvons 5 de ces signes qui existaient sans aucun doute, 6 qui n'existaient pas et 8 que nous n'avons point recherchés.

Il est bien évident que, des cinq signes constatés dont nous voulons parler, certains sont sujets à des erreurs d'interprétation, l'aspect général, par exemple. Mais il n'en reste pas moins certain pour nous que l'absence de vésication produite par des brûlures, l'immobilité de l'iris, la disparition de l'éclat de l'œil et de la transparence des milieux, enfin l'abolition de la contraction musculaire, ne sont point une contre-indication formelle aux tentatives de respiration artificielle. On pourra même, dans ces cas, assister à une véritable résurrection du patient.

Nous avons pu constater, en effet, que les brûlures produites par l'application du marteau de Mayor, d'une part, et des compresses d'eau bouillante, d'autre part, n'ont produit aucune phlyctène pendant les premières heures de leur application; la température en était cependant suffisante, puisque ces phlyctènes se sont développés lorsque la circulation s'est rétablie.

L'immobilité de l'iris existait, mais il était fixe en contraction. Dans ce cas encore, il est nécessaire de préciser; la dilatation permanente de l'iris en présence d'une lumière vive est un signe de mort.

Nous ne dirons rien de la disparition de la transparence des milieux de l'œil; elle était très nette. Ce signe nous semble insuffisant et, de plus, parfois difficile à constater, par exemple lorsque la toile glaireuse de la cornée existe. D'ailleurs, les changements d'éclat de l'œil, sous l'influence de la respiration, sont particulièrement intéressants et sujets à des variations multiples qui sont toujours en rapport avec l'état du sujet.

L'abolition des contractions musculaires était tout aussi appréciable, puisque la pile Chardin (modèle des hôpitaux) qui, avec les bornes 2 et 3, provoque des contractions apparentes, n'a donné aucune réaction, que l'on appliquât ou non un des pôles sur le nerf moteur des muscles explorés.

Nous ne voulons pas prolonger ces considérations qui sont, à vrai dire, du domaine de la médecine légale et qui ont déjà donné lieu à de nombreuses et vives controverses. Nous nous bornons à signaler ces faits, qui viennent s'ajouter à d'autres observations publiées à diverses reprises sur la valeur des signes de la mort.

Nous ne saurions terminer cette étude sans faire une remarque qui nous paraît avoir son importance : dans les deux cas que nous publions, la respiration artificielle a été suivie de guérison en tant que rétablissement des mouvements respiratoires et de la circulation. Sans doute, il paraît quelquefois plaisant de terminer une observation par le mot « guéri », lorsque le malade a succombé, mais on ne saurait opposer à une méthode les complications inhérentes à la maladie primitive.

C'est ainsi, par exemple, que notre première observation, ainsi que nous l'avons bien fait remarquer, pouvait être scindée de la façon suivante :

Résection du maxillaire inférieur. — Guérison.

Asphyxie aiguë : Respiration artificielle. — Guérison.

Broncho-pneumonie. — Mort.

Et la seconde :

Kyste cancéreux colloïde de l'ovaire ouvert dans le péritoine.

OVARIOTOMIE. — *Syncope sous le chloroforme. Respiration artificielle.* — Guérison.

Mort par péritonite suraiguë.

En effet, dans nos deux cas, la cause de la mort bien constatée par notre maître, M. Polaillon, ne saurait être douteuse et reste étrangère à l'emploi de la respiration artificielle; dans le premier seul, la broncho-pneumonie pourrait lui être attribuée; mais c'est, en somme, une des complications les plus communes de la trachéotomie.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

APPARITION DE TUMEURS MULTIPLES SYMÉTRIQUES, A LA SUITE D'UNE CONTUSION DE LA MOELLE.

L'étiologie des tumeurs constitue à l'heure actuelle un des chapitres les plus obscurs de la pathologie générale. Une opinion déjà ancienne, encore très répandue dans le public, attribuait au traumatisme un rôle considérable dans le développement de toutes sortes de tumeurs, des cancers notamment. Répudiée par la grande majorité des chirurgiens modernes, cette opinion a retrouvé dans ces derniers temps des adeptes avec lesquels il faut compter; nous citerons, entre autres, le professeur Verneuil, en France.

Nous n'entrerons pas dans le détail des travaux et des faits publiés dans le cours de ces dernières années, à l'appui de la doctrine qui attribue au traumatisme le rôle de cause occasionnelle suivant les uns, de cause efficiente suivant d'autres,

dans le développement des tumeurs d'espèces variées. Cette tâche a déjà été remplie, avec beaucoup d'érudition et de sagacité, par M. Le Clerc (1), dans sa thèse inaugurale, écrite sous l'inspiration du professeur Verneuil. Dans ce travail, M. Le Clerc a relaté 51 observations, qu'il a choisies « claires, précises », pour conclure en dernier ressort : Que la contusion a un rôle indéniable dans l'étiologie des néoplasmes ; qu'elle agit en exagérant au sein des tissus le travail réparateur et en créant dans les parties vulnérées un « locus minoris résistantiæ » ; qu'elle n'est toutefois qu'une cause localisatrice ; qu'elle ne peut produire par elle-même un néoplasme et que, pour ce faire, elle a besoin d'une diathèse, que l'auteur appelle néoplasique, diathèse secondaire, dépendant de l'arthritisme.

Pour ce qui concerne en particulier l'intervention du traumatisme dans le développement des lipomes, M. Le Clerc a cité quatre observations, dont une personnelle et trois empruntées à différents auteurs français, et qui peuvent être considérées comme des preuves de la réalité de cette intervention. Plus récemment, à la cinquante-neuvième réunion des naturalistes et médecins allemands, M. Madelung, dans une communication sur l'adipose ou lipomatose diffuse du cou (cou gras), a déclaré qu'il inclinait à voir dans cette affection une dystrophie en rapport avec un trouble de l'innervation des vaisseaux du cou. A ce propos, M. Israël a mentionné un cas de lipome diffus, symétrique, des bras, observé par lui, et où il existait des douleurs névralgiques et de la parésie motrice. Il ajoutait qu'assez souvent les petits lipomes s'accompagnent de ces deux ordres de manifestations morbides (névralgie et parésie motrice), circonstance qui milite en faveur de l'origine névropathique de ce genre de tumeur. M. Küster s'est rallié à cette hypothèse, en considération de la disposition parfaitement symétrique qu'affectent parfois les lipomes.

La théorie de l'origine neuropathique des (ou de certains) lipomes n'exclut pas l'intervention du traumatisme dans le développement de ces néoplasmes, témoin l'intéressante observation publiée il y a quelques jours par deux médecins de Berlin, MM. Buchterkirch et Bunke (2). Nous allons donner la traduction fidèle de ce fait clinique, en nous abstenant de tout commentaire prématuré. Nous ferons seulement remarquer que chez le sujet de cette observation, les traces de l'intervention d'une diathèse sont bien difficiles à apercevoir, tandis que l'apparition de tumeurs à évolution relativement très rapide étant donné le développement qu'elles avaient acquises au bout de quelques semaines, et qui étaient, quelques-unes du moins, des lipomes, s'est enchaînée très étroitement à une contusion qui a retenti sur les centres nerveux en provoquant des lésions spinales ou cérébro-spinales ; la symptomatologie ne laisse subsister aucun doute à cet égard.

OBSERVATION. — Charles R..., 56 ans, ouvrier, a eu dans son enfance une « fièvre nerveuse » ; il a servi dans l'infanterie allemande pendant deux ans, et, sauf quelques catarrhes bronchiques, il a toujours eu une santé excellente, jusqu'à l'époque de son récent accident. C'était le 13 avril dernier. Le patient se tenait sur une poutre mal consolidée d'un bâtiment en construction, lorsqu'il perdit l'équilibre et tomba d'une hauteur d'environ 4 mètres et demi sur un tas de décombres et de pierres. Comme il perdit connaissance à ce moment, il ne peut pas indiquer d'une façon sûre et précise quelle partie du corps a touché le sol à l'instant de la chute. Lorsqu'il revint à lui, il lui semblait qu'il devait avoir subi des lésions graves ; à peine pouvait-il se mouvoir. Il présume que, selon toute vraisemblance, il a dû tomber sur le dos et sur le côté gauche, car c'est dans cette région qu'il souffrait le plus. A l'examen qu'il lui fit subir à ce moment, le médecin constata une diminution de la sensibilité et de la motilité aux membres inférieurs. Le traitement prescrit consista dans une application de ventouses scarifiées, avec calomel et morphine à l'intérieur. De fièvre, le patient n'en a eu à aucune période de sa maladie. Il n'y a pas eu de paralysie des sphincters.

Environ huit jours après l'accident, le patient se plaignit d'une sensation de pesanteur dans la région de l'estomac et dans le bas-ventre ; à ce niveau, on percevait, à la palpation, une résistance sur la nature de laquelle on ne pût, à ce moment-là, se renseigner d'une façon exacte. Au bout de quelques jours, on s'aperçut de l'existence de deux tumeurs situées de part et d'autre de la colonne vertébrale, mesurant environ 9 centimètres en longueur, 5 centimètres en largeur, ayant à peu près la forme d'un rein, en raison de quoi les personnes de l'entourage du malade supposèrent que les reins lui sortaient hors du ventre. Ces deux tumeurs avaient une consistance molle élastique ; elles se laissaient facilement isoler des parties avoisinantes. Elles n'étaient pas douloureuses, même quand on exerçait à leur niveau une pression énergique. On n'a jamais constaté la présence de l'albumine ou du sang dans les urines du sujet.

Au bout d'un nouvel intervalle de quelques jours, d'autres tumeurs, de mêmes dimensions que les premières, s'étaient développées en des points symétriques de la région stomacale et au-dessus de la symphise ; leurs caractères étaient les mêmes que ceux des deux tumeurs dorsales.

Vers la même époque, le malade se plaignit d'un affaiblissement de la vue et de l'ouïe des deux côtés. Tandis que jusqu'à l'époque de son accident il avait toujours eu une vue normale, il lui arrivait maintenant d'éprouver des douleurs dans les yeux et d'avoir des éblouissements quand il fixait longuement un objet. Le traitement institué se réduisit à l'administration interne de l'arsenic et de l'iodure de potassium, et à l'application du courant galvanique. Puis sont survenues des douleurs dans le dos et dans le bas des reins, de l'anorexie, une sensation intermittente de pression au creux épigastrique ; le malade se plaignait de la maladresse de ses jambes (il ne pouvait marcher qu'en s'aidant d'un bâton) et de l'affaiblissement de sa vue et de son ouïe. Il n'éprouvait pas de sensation de constriction en ceinture. Il refusa de se soumettre à une incision exploratrice.

Etat présent. — Homme passablement robuste, avec pannicule adipeux sous-cutané asssz bien fourni ; développement musculaire moyen. Sur la paroi abdominale, dans la région de l'estomac, on découvre une saillie qui occupe toute la partie de cette région, correspondant aux arcs costaux. A la palpation, on perçoit la sensation d'une tumeur de consistance molle, facile à délimiter en tous sens, mesurant 19 centim. 5 dans le sens transversal, 10 cent. dans le sens longitudinal. Quand on se met à tendre la peau qui recouvre la tumeur, celle-ci se révèle comme ayant une surface bosselée. La limite inférieure de la tumeur est distante du nombril de 5 centimètres. La région du bas-ventre est très proéminente. Au-dessus de la symphise, se trouvent deux tumeurs, séparées par la ligne blanche abdominale, présentant les mêmes caractères que les tumeurs décrites ci-dessus, et remontant jusqu'à l'ombilic. Chacune d'elles mesure 12 centimètres dans le sens transversal, 14 centimètres dans le sens vertical.

La circonférence du ventre mesure 93 centimètres, à la hauteur de l'ombilic, et 103 centimètres au niveau du point le plus proéminent de ces tumeurs. Au dos, à la région lombaire et à la partie

(1) LE CLERC. *Contusion et néoplasmes. — De la prédisposition aux tumeurs*. Thèse de Paris, 1882, n° 326.

(2) BUCHTERKIRCH et BUNKE. *Die Bildung multipler symetrischer Geschwülste in Folge von Contusion des Rückenmarks*. (BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1887, n° 34, p. 634).

supérieure de la région du sacrum, il existe de chaque côté trois tumeurs, qui ne présentent pas un développement égal, mais qui se correspondent bien comme siège. Les deux plus volumineuses occupent le niveau le plus élevé dans la région des reins. Celle de droite mesure 16 centimètres en largeur et 15 centimètres en hauteur; celle de gauche, 13 et 10 centimètres. Les deux tumeurs moyennes sont adhérentes par leur bord supérieur aux deux tumeurs précédentes. Les deux inférieures sont isolées en tout sens et mesurent environ 3 centimètres de diamètre.

La figure du malade exprime la souffrance et la mélancolie; les pupilles sont étroites, immobiles. Les paupières et les globes oculaires sont agités par des mouvements de trémulation, qui rendent impossible l'examen du fond de l'œil. L'acuité visuelle est notablement diminuée. Il existe également une diminution manifeste de l'acuité auditive. Les autres organes des sens ont leurs fonctions intactes. On ne constate pas de diminution de la mémoire et du jugement, ni de changement de tempérament ou de caractère, ni de trouble de la parole, etc.

La démarche est empreinte d'incertitude; le malade tient les pieds écartés en marchant; par moments, ses jambes tremblent. Il s'avance avec lenteur et en traînant, le haut du corps penché en avant. La sensibilité et le sens musculaire sont notablement diminués aux jambes. L'excitabilité électrique n'est pas modifiée. Les réflexes patellaires sont intacts des deux côtés. L'exploration des organes thoraciques et abdominaux ne dénote rien d'anormal.

Au mois de novembre (1886) apparition de chaque côté, et dans la région claviculaire, de trois tumeurs, chacune du volume d'une noix, et d'une autre, du volume du poing, dans la fosse sus-claviculaire; enfin, au niveau de la portion postérieure du muscle deltoïde, de chaque côté, tumeur du volume d'un poing d'adulte également.

Le malade se résigna à plusieurs ponctions exploratrices. Il se fit voir que les tumeurs de la région deltoïdienne et des fosses sus-épineuses étaient constituées par des hyperplasies circonscrites des muscles avoisinants; les autres tumeurs étaient des lipomes.

E. R.

REVUE SPÉCIALE

Maladies des voies urinaires

DES URÉTÉRITES ET DE L'EXPLORATION DES URETÈRES, par le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Bibliographie. — I. Guyon. *De la taille rénale* (ANNALES DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, mars, 1887). — II. Hallé. *Urétérites et pyélites* (Th. de Paris, 1887). — III. D. Schultz. *De l'exploration des uretères chez la femme* (NOUVELLES ANNALES D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, juin 1887). — IV. Tourneur. *De l'urétérite et de la périurtérite* (Th. de Paris, 1886).

S'il est facile de relever, dans les traités et les mémoires publiés de tout temps, de nombreuses observations dans lesquelles il est fait une mention accessoire de l'uretère, si l'on parle souvent de pyélites, de cystites ayant secondairement déterminé une lésion rénale, en revanche les travaux où l'on trouve envisagée dans son ensemble la pathologie de l'uretère sont rares. Il suffit de jeter un coup d'œil dans l'important travail de M. Hallé, sur les indications bibliographiques qu'il fournit, pour en acquérir la conviction.

Une connaissance parfaite de l'*anatomie* de l'organe est devenue aujourd'hui une nécessité, depuis qu'une thérapeutique chirurgicale peut être appliquée aux affections de ce conduit.

Sans entrer dans les détails précis auxquels M. Hallé consacre plusieurs pages, nous ne nous occuperons que de ce qui concerne le diagnostic. Déjà Tourneur avait relevé plusieurs points importants; l'origine de l'uretère, au niveau du bassinet, se trouve, suivant lui « sur une ligne parallèle à l'axe du corps passant par la jonction du tiers interne de l'arcade crurale avec ses deux tiers externes, à six centimètres au-dessous du point où cette ligne coupe la dernière côte ». Ces repères sont un peu vagues et difficiles à retrouver; d'ailleurs, comme le fait justement remarquer M. Hallé, ces explorations se font généralement sur un bassinet ou un uretère malade, et les rapports normaux sont modifiés par la tumeur plus ou moins considérable qui constitue ou accompagne la lésion. Un autre repère signalé par Tourneur a une importance plus grande, c'est le point où l'uretère pénètre dans la cavité pelvienne; il se trouve exactement situé sur la ligne horizontale qui unit les deux épines iliaques antérieure et supérieure au tiers de la longueur de cette ligne, un peu au-dessus cependant.

Nous ne pouvons nous étendre ici plus longuement sur ces données anatomiques, qu'on trouvera exposées dans la thèse de M. Hallé; nous aurons d'ailleurs à revenir sur la topographie de la portion terminale de l'uretère, la plus intéressante pour le chirurgien. On verra que, chez l'homme, le doigt introduit dans le rectum atteint au-dessus des vésicules la portion terminale de l'uretère. Difficilement reconnaissable dans l'état de santé, cette portion de l'uretère, une fois enflammée, forme sous le doigt un cordon saillant qui peut être senti et comprimé. Chez la femme, l'exploration est bien plus aisée. Depuis le cul-de-sac latéral et antérieur du vagin, on suit facilement l'uretère jusqu'à la vessie. Son trajet intra-pariétal et l'abouchement vésical de l'uretère seront décrits au moment où nous parlerons du cathétérisme de ce conduit.

Les nombreuses *pièces pathologiques* que M. Hallé a examinées ou dont il a étudié les descriptions lui ont permis de tracer avec une netteté parfaite les caractères de ces lésions inflammatoires de l'uretère et du bassinet. Il en distingue deux types : le premier est l'urétérite avec dilatation et rétrécissement valvulaires; dans un deuxième ordre de faits, les uretères sont surtout épaissis avec une dilatation généralement moindre; il s'agit surtout de périurétérite. Dans le premier cas, les uretères sont augmentés de calibre et surtout de longueur; tantôt la dilatation atteint le volume du petit doigt, tantôt celui d'une anse du gros intestin. En même temps, ils sont flexueux et des brides spiroïdes sont visibles sur la surface externe; malgré cela, le péritoine reste mobile à leur surface, et ils ne sont adhérents aux organes voisins que par places; en un mot, il y a peu ou il n'y a pas de périurétérite concomitante. A leurs extrémités, supérieure et inférieure, on ne trouve que quelques filaments de tissu cellulaire plus ou moins rectilignes. La surface interne est plus intéressante à étudier : on constate une très grande irrégularité du calibre, qui présente des renflements de 4, 6 et même 10 centimètres de circonférence de largeur. Ce qu'il y a de plus curieux, ce sont les rétrécissements produits par des brides, des plis, des éperons saillants à la surface interne de la paroi. « Tantôt c'est un simple pli à peine indiqué, limité à une faible part de la circonférence; puis cela devient une bride presque entièrement circulaire, saillante; enfin on voit

deux, trois de ces valvules, se succéder à une faible distance sur un espace de 2 à 3 centimètres, occupant une grande partie de la circonférence du canal. Entre ces replis saillants superposés sont des dilatations ampullaires bien marquées, qui ne communiquent entre elles que par un chemin étroit, tortueux, contourné en pas de vis ou en spire » (Hallé).

Ces lésions ne sont pas uniformément réparties sur tout l'uretère ; elles affectent comme siège de prédilection les deux extrémités du conduit. Sur ces points, on voit souvent 3 ou 4 replis valvulaires qui se succèdent et constituent autant de rétrécissements bien réels ; les essais de cathétérisme, de même que la pression de ces conduits sur une pièce pathologique, montrent avec quelle difficulté le liquide peut se frayer un passage d'une de ces poches à la suivante.

Dans le second type, les lésions sont moins caractéristiques ; elles sont constituées, nous l'avons dit, par une périurétérite. L'uretère est entouré sur tout son trajet par un tissu fibreux ou fibro-graisseux épais, induré, qui le cache en faisant corps avec lui, à un point tel que souvent, à l'autopsie, il est très difficile de l'isoler des tissus ambiants. Il est resté absolument rectiligne, un peu raccourci, sans dilatation accentuée au calibre, avec de très rares points rétrécis sur son parcours, très épaissi.

C'est certainement des lésions de ce genre que M. Tourneur a en à diagnostiquer, dans les observations où le trajet de l'uretère était facilement perçu dans tout son parcours, à travers la paroi abdominale.

Les lésions des bassinets et des reins, bien plus souvent décrites, nous arrêteront peu. On sait que tantôt le rein est remplacé par une ou plusieurs vastes cavités communes aux calices et aux bassinets, dans les cas extrêmes, tantôt il reste quelques cloisons, toujours il y a atrophie de la substance rénale. Une étude attentive des pièces a permis à M. Hallé d'en suivre le processus. La compression s'exerce dans la petite cavité du calice. Le sommet de la papille, qui y fait saillie, s'émousse, s'efface et disparaît ; bientôt l'atrophie se poursuit, et c'est une dépression qui se creuse en empiétant sur la substance médullaire, arrivant peu à peu jusqu'à la surface du rein, dont elle soulève la tunique fibreuse. Les colonnes de Bertin persistent entre ces loges et forment les cloisons interlobulaires.

A ces lésions primitives s'en ajoutent souvent d'accessoires, et en particulier des exsudats pseudo-membraneux qui sembleraient se développer surtout sous l'influence de la blennorrhagie. A cela, nous devons ajouter les calculs qui se développent secondairement ; leur étude est de la plus grande importance et doit être faite séparément.

(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Obstétrique et gynécologie

I. PROCÉDÉ POUR ÉVITER LA LACÉRATION DE L'ANNEAU VULVAIRE ET DU PÉRINÉE DANS LA PRÉSENTATION DU SOMMET, par le docteur L.-M. BOSSI (*Annali di Ostetricia et Ginæcologia*). — II. SUR UN CAS D'ÉPAISSISSEMENT DU LIQUIDE AMNIOTIQUE AVEC TROUBLES CONCOMITANTS DE LA NUTRITION CHEZ L'ENFANT, par M. LOWER (*Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 34, p. 537). — III. LE TAMPONNEMENT DE L'UTÉRUS AVEC DE LA GAZE IODOFORMÉE, POUR REMÉDIER A L'ATONIE DE L'UTÉRUS A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT NORMAL, par le docteur A. DÜHRSSEN (*Ibidem*, n° 35, p. 553). — IV. NÉVRITE PUERPÉRALE, par le docteur MŒBIUS (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1887, n° 9).

I. La lacération de la fourchette et du périnée constitue une complication morbide des conches par les accidents divers qui penvent en résulter et en créant une porte d'entrée à l'infection septique, enfin parce que l'utérus se trouve moins solidement maintenu dans sa situation normale.

Les méthodes pour prévenir cette lacération sont très nombreses ; on a proposé :

D'appliquer la paume de la main à plat sur le périnée, les extrémités des doigts tournés en arrière et la femme placée en supination ;

D'appliquer la panme de la main de façon que le bord radial corresponde à la commissure inférieure de la vulve et le bord cubital à l'anus, le pouls placé entre la grande lèvre et la cuisse correspondante.

— Depaul conseillait de placer deux doigts de la main gauche sur la partie de la tête en rapport avec le pubis, et les deux doigts de la main droite à la commissure périnéale, pour s'opposer à l'expulsion trop rapide de la tête en contre-balançant l'effort de la matrice ;

— Dumas introduit trois doigts d'une main dans le vagin, en les disposant en forme de cône pour souteuir la tête et dilater l'orifice vulvaire ;

— Playfair pousse vers la commissure postérieure le plus possible de peau ; d'autres repoussent le périnée en arriere et en bas ; ou encore introduisent dans le vagin, entre le périnée et la tête, denx doigts pour soulever la têtc vers le pubis.

Schrœder vante la position genu-pectorale ; les Anglais le décubitus latéral.

Goodell propose d'introduire un doigt dans le rectum pour faire l'extension manuelle de la tête.

On a fait enfin des incisions soit sur la ligne médiane, soit latéralement.

La méthode que j'ai choisie est celle de l'extension manuelle de la tête, qui peut s'exécuter de deux façons également avantageuses.

La femme est placée dans le décubitus dorsal, le bassin légerement relevé. Lorsque la tête apparaît à la vulve, la main gauche est appliquée sur le sommet et repousse en arriere la partie fœtale, de façon a obtenir une distension lente et graduée du détroit vulvo-vaginal ; c'est le temps de la *contre-pression*.

Lorsque avec l'index de la main gauche on commence à sentir l'angle postérieur de la fontanelle antérieure, j'interviens avec la main droite en faisant l'*expression rectale*, telle qu'elle a été recommandée par Olshausen et Ahlfeld, pour déflechir la tête. A cet effet, un ou deux doigts de la main sont introduits dans le rectum et accrochent, pour ainsi dire, ou le front, ou la bouche, ou le menton du fœtus à travers la cloison vaginale pour aider à la déflexion de la tête en la repoussant en haut et en avant, tandis que la main gauche s'oppose aux mouvements trop brusques.

Cette manœuvre est faite dans l'intervalle des contractions ou pendant les contractions, en recommandant à la femme de ne pas pousser beaucoup ou même, si l'expulsion est immi-

nente, de ne pas pousser du tout, et en dirigeant constamment avec les deux mains la déflexion.

Des objections ont été formulées contre cette manière d'agir; douleur occasionnée à la femme, danger de léser le rectum, etc.

Pour obvier à ces inconvénients, au lieu d'introduire le doigt dans le rectum, on peut placer trois doigts de la main droite contre la région comprise entre l'anus et la pointe du coccyx et repousser en haut le front que l'on parvient à sentir parfaitement dans cette région. On pratique ainsi, au lieu de *l'expression rectale*, *l'expression externe* ou *extra-rectale*, méthode exposée par Ritken.

Mes observations portent toutes sur des primipares. Deux fois seulement, ayant pratiqué l'expression rectale, la fourchette se déchira. La déchirure ne se produisit pas pendant l'expulsion de la tête, mais seulement pendant l'expulsion des épaules. Dans les deux cas, la tête avait des diamètres supérieurs à la normale. La nécessité de protéger le périnée durant l'expulsion des épaules et de la poitrine s'impose donc.

Par l'expression externe, dans un seul cas, il y eut rupture de la fourchette; c'est la première fois que le procédé était appliqué. Dans tous les autres cas, le périnée et l'anneau vulvo-vaginal demeurèrent intacts. Un léger œdème de la fourchette fut observé dans les premiers jours dans quelques cas.

L'expression externe ou extra-rectale peut être substituée avec avantage à l'expression rectale.

M. REY.

II. Une femme de 32 ans, mariée depuis quatre ans, avait fait une fausse couche dans le courant de la première année de son mariage et à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire. Vers le milieu du mois de mai 1885, nouvelle grossesse, qui évolua d'une façon absolument normale. Début du travail le 26 février au matin. Dans la nuit, vers une heure, expulsion spontanée d'un enfant à terme (présentation du sommet). Le médecin avait assisté la parturiante pendant toute la durée du travail, ne s'éloignant que pendant quelques instants, à différents intervalles. Il croit donc pouvoir affirmer, avec une entière certitude, qu'il n'y a pas eu d'écoulement de liquide amniotique pendant l'accouchement. En touchant la femme pendant la période de dilatation du col, il avait ramené une matière épaisse, gluante, s'étirant en fil et qui enveloppait le doigt explorateur. Il crut d'abord que cette matière provenait du col, que c'était un résidu d'une inflammation chronique de cet organe. Or, il n'y eut pas, dans la suite, d'expulsion de poche des eaux, et la femme, qui était très intelligente, affirmait catégoriquement qu'elle n'avait perdu de l'eau par le vagin ni pendant sa grossesse ni pendant le travail.

Après la naissance de l'enfant, il s'écoula par les organes génitaux environ la valeur d'un bol ordinaire de cette même matière gluante qu'avait ramenée le doigt lors des précédents touchers. L'enfant pesait 2750 grammes; il était bien constitué. Les ongles dépassaient les extrémités des doigts; les cartilages des oreilles étaient bien développés. Malgré cela, l'enfant présentait un aspect insolite, difficile à caractériser; il semblait qu'il fût atteint d'atrophie, comme un enfant qui a souffert de l'inanition. La peau était ridée, flétrie comme chez les vieillards; l'épiderme était coriacé, en voie de desquamation sur toute la surface du corps. On fit prendre le sein au nouveau-né, qui manifesta un appétit insatiable. Il succomba à l'âge de neuf mois, des suites d'une cholérine. De raisons propres à faire soupçonner que cet enfant était sous le coup d'une syphilis infantile, il n'en existait pas.

En compulsant dans les recueils de médecine, M. LOWER a découvert la relation de deux faits analogues au sien. L'un, du docteur Clandi (voir *Schmidt's Jahrbücher*, t. XXVIII, p. 39) est relaté sous le titre de : « Absence totale de liquide amniotique lors de la naissance d'un enfant à terme »; l'autre a été publié (in : *American Journal of med. Science*, t. CXLI, p. 125 et analysé également in : *Schmidt's Jahrbücher*) sous ces termes : « Absence de liquide amniotique. — Multipare : Enfant très débile, extrêmement pâle, comme exsangue, a pu être ranimé; est mort dans les convulsions, un peu plus tard. » Des faits de ce genre pourraient servir à élucider la question encore indécise du rôle fonctionnel du liquide amniotique.

III. M. DÜHRSSEN, assistant du professeur Gusserow, pose en fait que beaucoup d'accoucheurs hésitent à recourir au tamponnement, dans les cas d'hémorrhagies par atonie de l'utérus qui surviennent après un accouchement normal, par crainte de voir se produire la décomposition des matières introduites dans la cavité utérine et des caillots de sang qui s'accumulent dans cette cavité, d'où infection septique consécutive. Or l'auteur a pu se convaincre que ces accidents ne sont pas à redouter lorsque l'on pratique le tamponnement avec de la gaze iodoformée, suivant le procédé inauguré par Fritsch (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vortræge*, n° 288) dans des cas de carcinome de l'utérus. A la clinique de Gusserow, l'expérience a été tentée avec succès, d'abord dans des cas d'avortement survenu au quatrième et au cinquième mois, et où il avait fallu procéder à l'extraction manuelle du délivre et à l'enlèvement des membranes avec la curette, ce qui avait occasionné des hémorrhagies rebelles, puis dans deux cas d'hémorrhagies par atonie de l'utérus consécutives à des accouchements normaux. Convaincu que nous possédons dans ce mode de tamponnement un moyen sûr d'arracher les nouvelles accouchées aux dangers de mort par hémorrhagies *ex atonia uteri* ou par infection septique, M. Dührssen a cru de son devoir d'attirer l'attention des accoucheurs sur ce point de thérapeutique obstétricale. Voici les renseignements qu'il donne sur la technique adoptée à la clinique de Gusserow pour le tamponnement en question :

Une boîte en ferblanc, que l'auteur a soin de toujours emporter dans sa trousse d'accoucheur, renferme trois bandes de gaze iodoformée pliées en quatre, longues chacune de 3 mètres, mesurant la largeur de la main et enroulées sur elles-mêmes. La gaze est imprégnée d'une solution iodoformée à 20 0/0 et de plus, imprégnée d'iodoforme en poudre. Au moment du tamponnement, l'utérus est fixé en place avec des pinces à extrémités en forme de boules; il faut saisir la lèvre antérieure du col aussi haut que possible, autrement on est gêné dans l'introduction de la gaze, par l'allongement de la cavité cervicale, qui résulte de la traction opérée par les pinces. On saisit ensuite avec une pince anatomique de 30 centimètres de longueur une des extrémités d'une bande de gaze et on l'introduit dans l'utérus, en se guidant des yeux, si le col a été amené jusqu'à la vulve, d'un doigt, dans le cas contraire. Sitôt que l'extrémité de la pince a pénétré dans la cavité utérine, on applique sur le fond de l'utérus le plat de la main gauche, et alors seulement on enfonce la pince jusqu'au fond de cette ca-

vité. Cela fait, on saisit avec la pince une portion de la bande de gaze située plus bas, et on la ramène également dans le fond de l'utérus, et ainsi de suite. Les différentes portions de la bande de gaze se trouveront donc superposées comme les plis d'un éventail. On est étonné de la rapidité avec laquelle l'utérus se comble; cela tient à ce que cet organe se contracte, au contact du corps étranger avec sa paroi muqueuse, d'où diminution de sa capacité. On ne le voit pas non plus se relâcher à nouveau, tant qu'il n'a pas réussi à expulser le corps étranger. Les femmes ne souffrent pas plus que sans tamponnement lorsque, pour arrêter l'hémorrhagie, on se contente de leur administrer du seigle ergoté. Au bout de vingt-quatre heures, on retire le tampon qui ne présente aucune trace d'une décomposition septique. On fait une irrigation intra-utérine, avec une solution d'acide salicylique à 0,3 0/0. Dans les deux cas relatés par l'auteur, le liquide qui refluait à la suite de ce lavage avait une limpidité presque parfaite; l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

IV. La question des névrites et de leur étiologie multiple est à l'ordre du jour. Cette circonstance prête un intérêt spécial au travail de Mœbius, qui signale qu'à la suite d'accouchements il a vu un certain nombre de fois se développer des signes d'une névrite, d'ordre sensitif ou moteur. Cette névrite occupait les terminaisons du médian ou du cubital; elle siégeait plus souvent à droite qu'à gauche. Elle apparaissait tantôt pendant la période puerpérale, tantôt plus tard. Exceptionnellement, elle siégeait aux membres inférieurs, qui étaient frappés de paralysie. Voici une notice sommaire sur les faits relatés par l'auteur :

1° Femme de 44 ans; le dernier accouchement a eu lieu il y a six ans; peu de temps après, atrophie des muscles innervés par le médian; des deux côtés, sensations de paresthésie aux deux pouces et aux index; douleur à la pression, sur le trajet des deux médians, au-dessus des deux poignets. Traitement par l'électricité; pas d'amélioration.

2° Femme de 22 ans; frissons, tiraillements douloureux dans le bras droit, trois jours après une couche. Puis atrophie des muscles de l'éminence thénar, avec signes de réaction de dégénérescence (partielle); légère atrophie des muscles de la main innervés par le cubital; anesthésie du territoire correspondant. Amélioration après électrisation.

3° Femme de 25 ans; a eu une péritonite puerpérale, à la suite de laquelle elle a été frappée d'une paralysie des fléchisseurs de la main droite, avec légère atrophie des muscles longs fléchisseurs des doigts de cette main; sensation de fourmillement aux extrémités des doigts. Au bout de trois mois, guérison.

4° Femme de 23 ans : Depuis son dernier accouchement, il y a six mois de cela, sensation d'engourdissement de la main droite; anesthésie du territoire innervé par le cubital, à droite; légère parésie des muscles innervés par ce même nerf, à l'avant-bras et à la main;

5° Femme de 25 ans : Souffre, depuis sa dernière couche, de douleurs à la main droite. Légère parésie des muscles innervés par le cubital, à droite;

6° Femme de 30 ans : Huit jours après son dernier accouchement, il y a de cela onze semaines, douleurs violentes dans l'épaule droite, avec impossibilité de lever le bras. Paralysie et atrophie des muscles deltoïde, sus et sous-épineux, triceps brachial, avec réaction de dégénérescence. Anesthésie dans le territoire innervé par le nerf axillaire;

7° Femme de 23 ans : Souffre, depuis une couche, de douleurs lancinantes dans le bras droit, qui s'est affaibli de plus en plus. Parésie diffuse de ce bras; douleur à la pression du plexus brachial. Guérison complète.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

Du nouveau traitement des fractures transversales de la rotule par la griffe de M. le professeur Duplay, par M. E. Ballue. — Thèse de Paris, 1887.

Les moyens employés par les chirurgiens pour permettre la coaptation des fragments d'une rotule fracturée sont très nombreux, et, sans parler de l'anneau rigide d'Albucasis et des divers bandages usités par M. J.-L. Petit, Heister, Dupuytren, Boyer, Desault, Cooper, Pot, il convient de signaler tout particulièrement la griffe de Malgaigne, précurseur de la suture osseuse.

L'instrument de l'ancien professeur de la Faculté de Paris présentait quelques imperfections auxquelles M. Duplay a pu remédier. C'est ainsi que son mode de construction actuel permet une solide implantation dans les tissus fibreux recouvrant la rotule et que la solidarité établie entre les diverses pièces de l'appareil rend très facile le parfait affrontement des fragments pendant tout le temps nécessaire. Pour ces motifs, la griffe de M. Duplay se trouve indiquée lorsqu'il existe un certain écartement entre les parties fracturées, en subordonnant toutefois son application à la résorption partielle ou totale de l'épanchement articulaire.

Cinq observations absolument concluantes terminent cet intéressant travail.

Essai médico-légal. — Contusions du thorax et particulièrement des complications pleuro-pulmonaires consécutives, par M. E. Jossic. — Thèse de Paris, 1886.

Par sa situation, par ses moyens de protection insuffisants, le thorax est une des parties du corps les plus exposées à l'action des traumatismes. Peu graves généralement, ces derniers sont parfois capables d'entraîner la mort du blessé, ou de provoquer tout au moins des incapacités sérieuses, conduisant l'intéressé à réclamer des dommages à celui qui en a été la cause volontaire ou involontaire.

Ce simple aperçu permet de se rendre compte de la multiplicité des cas qui peuvent surgir en justice. Or, dans la majorité des circonstances, le tribunal a recours aux lumières du médecin pour déterminer si l'accident est bien réellement imputable au fait « qui est dit l'avoir déterminé, et pouvoir, par suite, établir le plus équitablement possible le jugement réclamé par les intéressés. » C'est suffisamment démontrer, croyons-nous, tout l'intérêt qui s'attache à la lecture du travail de M. Jossic.

Pour ne nous en tenir qu'à la complication immédiate la plus fréquente des contusions de la poitrine, la pneumonie, il pourra être demandé à l'expert de préciser si l'affection est

bien d'origine traumatique, si elle n'existait pas à diverses phases de son évolution au moment de l'accident, si elle n'a pu survenir intercurremment sous l'influence de causes absolument étrangères, si enfin le trauma a pour caractéristique d'amener à brève échéance la suppuration...

Les questions, susceptibles d'être posées au point de vue médical, sont si nombreuses que l'auteur se borne à quelques cas particuliers, sans avoir même la prétention, dit-il, de vouloir donner une solution complète pour chacun d'eux. Son travail, riche de faits et fort bien étudié, est ainsi conçu :

Fournissant tout d'abord les observations sur lesquelles il appuiera ses appréciations, il passe rapidement en revue les accidents immédiats des contusions du thorax, pour insister sur les accidents pleuro-pulmonaires consécutifs ; vient dans un troisième chapitre, avec tous les détails nécessaires, l'examen du rôle exercé par le traumatisme dans le développement et l'évolution des diathèses ; il est ensuite question des accidents secondaires des contusions du thorax tels que emphysème et pneumo-thorax, épanchements dans la poitrine, hémorrhagies, hernies du poumon, lésions possibles du cœur, des gros vaisseaux, fistules thoraciques, érysipèle ; enfin, une étude intéressante porte sur les congestions et inflammations pulmonaires produites par des traumatismes ayant agi à distance, et, sous forme de résumé ou conclusions, l'auteur indique la marche spéciale qu'il croit devoir recommander en l'espèce à tout expert requis.

Des accidents consécutifs à l'opération dans les cas de rétention menstruelle, par M. A. Dereux. — Thèse de Paris, 1886.

L'imperméabilité des voies génitales entraîne la rétention menstruelle. Congénitale ou acquise, elle est cause, dans le premier cas, des accidents qui se montrent au moment de la puberté ; dans le second, elle est incriminable des désordres qui surviennent à une période plus ou moins avancée de la vie sexuelle de la femme. La conséquence de cet état est une distension qui, portant tantôt sur le vagin et l'utérus, tantôt sur ces deux organes et sur les trompes, peut donner lieu soit à des accidents septicémiques, soit à une véritable péritonite par affection du retentum dans la cavité abdominale.

On préviendra les phénomènes infectieux en observant la plus rigoureuse antisepsie, en ouvrant aussi largement que possible la poche sanguine à l'aide du thermo-cautère ou de tout autre procédé électrolytique. On sait que la plaie produite par ces agents a non seulement moins de tendance à se refermer, mais encore qu'elle est encore plus à l'abri de l'infection que les plaies sanglantes. Avec un écoulement difficile, on agrandirait la plaie, y plaçant, si besoin était, un drain, dont l'extrémité serait entourée d'un tampon d'ouate désinfectée ou tremperait dans une solution phéniquée.

Redoublant de précautions pour éviter la péritonite, on procédera fort lentement à la déplétion des organes distendus, proscrivant rigoureusement le seigle ergoté, les sondes à demeure, toutes substances, en un mot, capables de réveiller les contractions de la matrice. Enfin, la femme condamnée au repos absolu que faciliteront des doses d'opium ou de morphine, aura l'abdomen comprimé par un large bandage ouaté, afin de compenser la dépression intra-abdominale déterminée par l'écoulement des liquides. Il y aurait lieu de recourir à la laparotomie avec extirpation de la tumeur sanguine, si l'on avait des raisons de croire que les trompes sont fixées par des adhérences dans une position anormale.

En tous cas, il faut intervenir le plus tôt possible en dehors des crises menstruelles et ne songer au rétablissement de la perméabilité des voies génitales qu'après évacuation complète du sang retenu.

Contribution au traitement des laryngosténoses après la trachéotomie par le cathétérisme, par M. Ad. Malfilatre. — Thèse de Paris, 1886.

Les rétrécissements chroniques du larynx sont des affections heureusement assez rares, fort difficiles à guérir, exigeant en tous cas du malade et du médecin beaucoup de temps et énormément de patience. Comme dans le traitement de la majorité des trajets coarctés, le cathétérisme simple ou précédé d'incisions de brides fibreuses, de cautérisations de bourgeons charnus, est ici de rigueur. Familier avec le maniement du miroir laryngien, et muni d'un tube à forme se rapprochant de la configuration de l'endroit rétréci, sans aspérités ni bosselures, l'opérateur, ayant en main la notion de la force à développer sans faire fausse route, conduira son instrument avec une extrême prudence. La toux annoncera le moment où les cordes vocales sont franchies. Le patient s'habituera peu à peu au port de sa canule qu'il ne conviendra de lui enlever qu'après l'avoir habitué à respirer sans son intermédiaire, et est-il encore indiqué, pour se mettre à l'abri des récidives, de pratiquer de temps à autre le tubage de l'organe.

Pour les cas où il y aurait soit une contre-indication au cathétérisme, soit un résultat insuffisant, on pourrait recourir à la laryngofissure, au besoin même à la résection partielle des os du larynx. L'auteur insiste pour dire que les efforts doivent tendre constamment à obtenir une dilatation suffisante permettant l'usage d'une canule à soupape si la voix persiste, d'un larynx artificiel si elle est perdue.

Signalons en terminant cinq observations fort intéressantes dont deux inédites.

Résultats de l'intervention chirurgicale dans quelques carcinomes (larynx-tube digestif-utérus), par M. C.-E. Godet. — Thèse de Paris, 1886.

Si l'on admet de nos jours que l'ablation large est le seul traitement rationnel à opposer au cancer, il ne s'ensuit pas qu'il faille intervenir dans tous les cas sans tenir compte des indications et contre indications fournies par l'état du malade. Il importe en effet de savoir, non seulement si l'opération radicale est possible, mais encore de supputer les diverses chances de succès ; et dans le cas où l'acte chirurgical aurait été parfaitement accompli, il reste à connaître le bénéfice qui en résultera, le degré de survie possible. Il convient enfin de peser les avantages ou les inconvénients qui pourraient découler d'une opération simplement palliative.

M. Godet a mûri chacun de ces points particuliers dans le travail que nous avons sous les yeux.

Pour le cancer du larynx, l'extirpation serait simple, à en croire M. L. Labbé, qui l'a pratiquée deux fois. La mortalité est de 40 0/0 pour 95 opérations. 7 malades auraient succombé par épuisement, 3 par hémorrhagies. La substitution du galvano-cautère au bistouri rendra cette dernière insignifiante, d'où abaissement probable du chiffre obituaire.

Voilà pour les accidents primitifs; bien plus redontables sont les complicatinns. On trouve 19 morts par pneumonie, brnncho-pneumnnie nu pleurésie. Ces affections étant probablement de nature infectieuse, le chirurgien devra veiller à maintenir une parfaite asepsie.

La gastrostomie pour cancer de l'œsophage avec 76 0/0 de mortalité doit être bannie de la thérapeutique. Même remarqne pnur la pylorectomie qui, aussi meurtrière, a cependant l'avantage de conférer de quelques années de survie. La gastro enterostomie n'est justifiée que lorsque la résection du pylore déjà si grave est impraticable.

L'enterotomie de Nélaton, ou la colotomie lnmbaire sont deux opérations palliatives à opposer au cancer intestinal. La durée de la survie est ici en rappont avec la marche du mal; elle ne dépasse guère une année.

Il ne faut pas songer aux opérations radicales dans le cancer du rectum. On pourra successivement pratiquer la rectolomie et la colotomie.

L'hystérectomie partielle et l'hystérectomie totale ont chacune leurs partisans dans le cancer de l'utérus. Quelles que soient les espérances conçues sur cette dernière opération, la première a, jusqu'à cette heure, l'avantage d'une moindre mortalité.

ÉTUDE SUR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE, par M. A. BÉRARD. — Thèse de Paris, 1886.

Les anévrysmes poplités, les lésions graves des vaisseaux de la jambe, l'éléphantiasis des membres inférieurs, sont justiciables de la ligature de l'artère fémorale. D'après une statistique, dressée par l'auteur, la mortalité, après cette opératinn, ne serait que de 12 p. 100. L'élément principal de succès consiste dans l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

CH. AMAT.

CORRESPONDANCE

ASSOCIATIDN MÉDICALE MUTUELLE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Nous recevons, du Président de cette Association, la lettre suivante, que nous nous faisons un devoir d'insérer :

Paris, le 10 septembre 1887.

A Monsieur le docteur F. DE RANSE, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Très honoré Confrère,

L'Association nouvelle a été fondée le 1er janvier 1886, après approbation de ses statuts par M. le Ministre de l'intérieur. Le nombre des adhérents est déjà plus que suffisant pour nous permettre, le malheur échéant, de servir l'indemnité à un confrère devenu tout à fait incapable d'exercer, sans pour cela cesser le paiement de l'indemnité pour incapacités temporaires.

Ce résultat, obtenu après huit mois seulement d'existence, nous est un puissant encouragement, et nous venons faire un nouvel appel à la prévoyance de nos confrères en lenr soumettant les résultats obtenus par la Société amicale des médecins anglais. Nous ne saurions trouver, pour confirmer nos prévisions, un argument à la fois plus précis et plus convaincant.

D'après ces prévisions, nous exprimions la certitude que la moitié seulement du prodnit des cotisations sera absorbée par le service de l'indemnité aux malades, la réserve devant nous permettre non seulement de tenir nos engagements à l'égard des vieillards, mais aussi de donner, lors du décès d'un associé, une indemnité importante à sa veuve, ou à ses enfants, ou à ses ascendants en ligne directe.

Avec une cotisation annuelle de 120 francs, nous disions que l'Association mutuelle donnera à ses membres atteints d'incapacité professionnelle temporaire ou permanente par suite de maladie ou d'accident, quelle qu'en soit la durée, une indemnité quotidienne de 10 francs.

Voici, comme preuve à l'appui, un extrait du rapport présenté à l'Association amicale des médecins anglais qui a tenu son Assemblée générale à Dublin, le 3 août dernier, sous la présidence du docteur Ernest Hart.

En quatre ans, cette Société a payé 96,950 fr. pour indemnités de maladie et réalisé une réserve qui atteint 194,850 fr.

Voici les chiffres de l'exercice 1886-1887 :

A. *Mouvement du personnel.*

Effectif au 30 juin 1886	676 membres.
Entrés dans l'année	120
Sortis dans l'année	22
Effectif au 30 juin 1887	774

Augmentation : 98 membres.

B. *Recettes.*

Produit des cotisations	103.333 fr.
Intérêts des fonds placés	4.005
Total	107.338 fr.

C. *Indemnités payées aux malades.*

Nombre des malades, 92.
Total des journées de maladie, 3,484.
Total des indemnités payées, 40,480 fr.

Il résulte de ce rapport que :

1° La moyenne de la cotisation annuelle a atteint 134 fr.;

2° L'indemnité quotidienne a été de 11 fr. 61 en moyenne;

3° La moyenne des journées de maladie par sociétaire et par an se trouve entre 3484 : 676 = 5.15

et 3484 : 774 = 4.50 —

suivant que l'on prend pour base du calcul l'effectif au début ou à la fin de l'exercice annuel;

4° Enfin la dépense s'élève à 38,1 0/0 de la recette; elle avait atteint 37,7 0/0 dans l'exercice précédent.

Le succès éclatant obtenu par nos confrères, la morbidité moyenne qu'ils établissent pour le corps médical, ne vous semblent-ils pas prouver d'une façon évidente que nous serons en mesure de réaliser nos promesses? Pour nous la preuve est faite, et c'est un devoir de faire sans cesse appel à la prévoyance de nos confrères.

La sympathie que vous avez témoigné à notre œuvre dès le début m'est un garant de l'accueil que vous réserverez à cette communication sur une question d'intérêts professionnels que je crois digne de toute votre attention et de celle des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de ma respectueuse considération.

Dr G. GALLET-LAGOGUEY, *Président.*

NOTES & INFORMATIONS

DISTINCTION HONORIFIQUE. — L'Empereur d'Autriche vient de con-

férer à M. Pasteur l'Ordre de la Couronne de fer, lequel donne droit au titre de baron.

— CRÉMATION. — Le Congrès international de crémation, qui devait se réunir à Milan en septembre, est remis au mois d'avril 1888.

— STATISTIQUE UNIVERSITAIRE. — Le nombre des étudiants ayant fréquenté les Universités italiennes pendant l'année 1887 s'est élevé à 15,161. Il faut ajouter 194 auditeurs. C'est une augmentation de 722 étudiants sur l'année dernière. C'est l'Université de Naples qui est la plus fréquentée. Elle compte 4,083 étudiants ; puis viennent Turin avec 212 étudiants, Rome 1,254, Bologne 1,207, Palerme 1,089, Padoue 1,065, Pavie 1,010, etc., et enfin Pérouse 108, Urbino 89, Ferrare 42.

— LA PESTE EN RUSSIE. — On annonce de Vienne que la peste sibérienne vient d'éclater dans la ville de Smorgoni, dépendant du gouvernement de Wilna, en Russie. Plusieurs morts sont signalées, dont le caractère épidémique aurait été officiellement constaté. Le gouvernement autrichien va, dit-on, prendre des mesures quarantenaires.

— LE CHOLÉRA EN ITALIE. — On signale une grande recrudescence du choléra dans la ville de Messine. Dans la nuit du 10 au 11, il y a eu 30 morts par le choléra dans cette ville, et quarante dans la journée du 11 au 12. ....

— Les mesures imposées par décisions des 9 et 26 août dans les ports français aux provenances de la Sicile et de l'Italie continentales sont étendues aux provenances de la Sardaigne (observation de trois jours dans les ports de la Méditerranée et de vingt-quatre heures dans les ports de l'Océan et de la Manche).

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE — MM. les docteurs Grassi (de Paris). — Dagencoart (de Saint-Amand). — Jacques Lachaize, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Poitiers.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus :

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Bienvenue et Cluzant.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Vielle, Duponchel, Gaillard, Cros, Descosse, Boppe, Samier.

Au grade de pharmacien-major de première classe : MM. Fromond et Romag.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Gauffrès, Massie, Wagner, Roch, Bayrac.

Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. Meyer, Lebrun, Predhomme, Parmentier, Carpentier, Debu, Quint, Thore, Dumont, Coquard.

Mutations dans le corps de santé militaire.

M. Cortial a été désigné pour le 119e régiment d'infanterie.

M. Kleinpetter a été désigné pour le 27e régiment de dragons.

M. Kraus a été désigné pour le 27e régiment de dragons.

M. Vuillemin a été désigné pour le 28e régiment de dragons.

M. Prunièras a été désigné pour le 28e régiment de dragons.

M. Renant a été désigné pour le 5e régiment de chasseurs d'Afrique.

M. Boudet a été désigné pour le 5e régiment de chasseurs d'Afrique.

M. Woirhaye a été désigné pour le 6e régiment de chasseurs d'Afrique.

M. Knoll a été désigné pour le 6e régiment de chasseurs d'Afrique.

M. Weber a été désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. Potain a été désigné pour le 95e régiment d'infanterie.

M. Cervelle a été désigné pour le 6e régiment d'infanterie.

M. Bénit a été désigné pour le 12e régiment de dragons.

***

— Le 11 novembre 1887, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux élèves internes en médecine à l'Asile d'Aliénés de Marseille.

— M. le docteur Mangenot est chargé d'une mission à l'effet de prendre part au Congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Vienne au mois de septembre 1887 et de visiter les écoles de Vienne et de Buda-Pesth.

***

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — *Questions de prix mises au concours pour l'année 1887.* — Prix de 500 francs. — Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants ; 1° Le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.

Question de prix pour l'année 1888. — Prix de 500 francs. — « Du coryza chez les enfants du premier âge. »

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1887 pour la première question, et avant le 1er novembre 1888 pour la deuxième question, au Secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs ; ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

1. M. Lassabatié. De quelques manifestations morbides non vénériennes observées sur les organes génitaux dans les pays chauds (étiologie-pathogénie). — 2. M. Rivière. De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive. — 3 M Offret. Etude sur la nature et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë. — 4. M. Leroy. Aperçu historique et clinique sur l'origine et certaines complications du paludisme à la Réunion. — 5. M. Sudre. Contribution à l'étude des conditions dans lesquelles se produisent la commotion et la contusion cérébrales.

6. M. Séguy. Recherches sur les syphilides papulo-squameuses simulant le psoriasis vulgaire. — 7. M. Chabaud. Contribution à l'étude de la pathogénie des tumeurs des cicatrices osseuses. — 8. M. Tronchet. Du traitement chirurgical de l'anthrax chez les diabétiques. — 9. M. Baillé. Contribution à l'étude des varices du membre inférieur chez la femme enceinte. — 10. Contribution à l'étude des fièvres typho-malariennes au Gabon (fièvres rémittentes typhoïdes).

11. M. Dichas. Etude de la mémoire dans ses rapports avec le

sommeil hypnotique (spontané ou provoqué). — 12. M. Manon. Des varices de la langue. — 13. M. Depied. Étude de séméiologie des symptômes réflexes dans les maladies. — 14. M. Rançon. De la dysentérie endémique dans les pays chauds, notamment au Sénégal (étude clinique et de topographie médicale). — 15. M. Rolland. Quelques considérations sur les lésions traumatiques du crâne.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 4 AU SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1887.

Fièvre typhoïde 42. — Variole 7. — Rougeole 9. — Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Diphtérie, croup, 19. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 149. — Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 32. — Autres 7. — Méningite 26. — Congestion et hémorr. cérébr. 35. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 9. — Maladies organiques du cœur 44. — Bronchite aiguë 6. — Bronchite chronique 24. — Broncho-pneumonie 7. — Pneumonie 27. — Gastro-entérite : Sein 42. — Biberon 97. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 17. — Sénilité 17. — Suicides 9. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 162. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 842 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

L'angine de poitrine hystérique, par J.-R. Le Clerc, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume grand in-8 de 178 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie, par le docteur O. Jennings, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. grand in-8 de 30 pages, avec 17 tracés sphygmographiques. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine, par le docteur Odent. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

A Treatise on Malarial Hæmorrhage embracing Epistaxis, Odontorrhagia, Stomatorrhagia, Hæmoptysis, Hæmatemesis, Enterorrhagia, Metrorrhagia and Hæmaturia, par Otis Frederick Manson, M. D. of Richmond, va. Un volume in-8 de 118 pages, avec figures. — J. W. Fergusson and son, printers à Richmond.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Monthyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine (prix Chateauvillard, 15 janv. 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. Un vol. in-8 de 975 pages, avec 130 figures et 1 planche en chromo-lithographie. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Eléments de médecine suggestive. — Hypnotisme et suggestion. — Faits cliniques, par MM. les docteurs J. Fontan, médecin principal de la marine, professeur à l'École de Toulon, et Ch. Ségard, médecin de première classe, chef de clinique à l'École de Toulon. Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur un cas de volumineuse hernie ombilicale étranglée. — Cure radicale. — Guérison, par M. Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux.

Nous avons eu récemment l'occasion d'opérer à l'Asile d'aliénés de Villejuif, dans le service de notre ami le docteur Briand, une malade dont l'histoire présente des particularités cliniques dignes d'être notées.

Voici le fait :

La nommée D..., âgée de 65 ans, porte, depuis cinq ans, dans l'abdomen, une tumeur dont l'évolution a été lentement progressive, et qui a acquis actuellement un volume considérable.

Cette tumeur, pendant toute la durée de son développement, est restée presque constamment indolente.

Depuis quelque temps cependant, la malade souffre de douleurs dans les membres inférieurs, présente de la rétention d'urine et une constipation opiniâtre. M. Pozzi, à la suite d'un examen, dans le détail duquel nous n'avons pas à entrer, diagnostique une tumeur polykystique de l'ovaire, avec ascite, et propose, en présence des troubles fonctionnels récents, une incision exploratrice, qui est acceptée par la malade.

Le 28 mars 1886, notre excellent maître pratique cette incision, reconnaît manifestement une généralisation péritonéale de la tumeur et s'abstient de toute autre intervention. Les suites opératoires ont été nulles.

La réunion de la plaie opératoire a été obtenue dans le délai normal, sans que la malade ait présenté à aucun moment une élévation de température. Je ferai remarquer en passant l'extrême bénignité de cette laparotomie exploratrice, faite dans les conditions qui ont été bien indiquées à la Société de chirurgie dans une discussion récente.

Il est évident que, toutes conditions d'antisepsie égales, ces opérations présentent des suites très simples lorsque le chirurgien, après avoir reconnu l'impuissance de l'intervention, se résout à refermer le ventre au lieu de se lancer dans des manœuvres qu'il lui est matériellement impossible de mener à bonne fin. Ici, d'ailleurs, le cas était simple et la constatation d'une généralisation viscérale indiquait bien la conduite à tenir.

Ce que je veux d'ailleurs mettre en relief, c'est que cette femme présentait à cette époque une généralisation péritonéale qui avait été reconnue de « visu », et au sujet de laquelle le doute, en conséquence, n'était pas possible.

La santé de cette malade resta excellente par la suite, et je dois dire que les accidents qui avaient motivé l'intervention disparurent assez rapidement et d'une façon définitive. L'ascite se reproduisit naturellement et en assez grande abondance, mais sans empêcher la malade de vaquer aux occupations qui lui étaient confiées dans la salle.

FEUILLETON

Feuilles volantes

Septembre 1887.

Présentation d'un candidat à une chaire de la Faculté de médecine de Montpellier. — Un nom substitué à un autre par le Conseil de l'Instruction publique. — Les transformations des chaires dans les Écoles secondaires. —Les métamorphoses du professeur.—Les Saints-Simoniens et le docteur C. Pellarin. — Mort du docteur Lubanski, du docteur Robinet, de Giraud-Teulon. — Difficultés de publication des mémoires originaux en médecine.

Depuis l'abolition du Concours, nos professeurs des Facultés de médecine avaient jusqu'ici été nommés par leurs futurs collègues. On avait assez reproché au *dernier tyran* l'abolition des Concours. On pouvait espérer que le nouveau régime ferait mieux. Il fait pis!

La chaire de *thérapeutique et matière médicale* étant devenue vacante à la Faculté de médecine de Montpellier, les professeurs se sont réunis solennellement le 11 juillet dernier, à l'effet de désigner un titulaire pour cette chaire.

La liste de présentation a été ainsi établie.

En première ligne, M. Pécholier par 10 voix contre 5 données à M. Hamelin.

En deuxième ligne M. Hamelin, par 8 voix contre 7 données à M. Mossé (On remarquera que si M. Mossé avait obtenu une voix de plus, M. Hamelin ne figurait même pas sur la liste de présentation de la Faculté, circonstance qui accentue d'une façon toute particulière le vote de celle-ci pour le premier rang).

Or, c'est M. Hamelin qui a été nommé professeur. Il serait hors de propos de rappeler ici les titres scientifiques de M. Pécholier comparativement à ceux de M. Hamelin. Là n'est pas la question. Qu'il nous soit seulement permis de nous demander et surtout de demander à tous les professeurs des Facultés de médecine de France, s'il n'y a pas là une offense directe à leur dignité, sinon à leurs droits.

N'était-ce pas en somme une sorte de droit acquis qu'ils avaient de choisir leurs futurs collègues, et ce droit n'est-il pas détruit dès l'instant qu'un Conseil quelconque qui, jusqu'ici, semblait n'avoir

Deux ou trois mois environ après l'opération, une hernie ombilicale commença à apparaître; il ne s'agissait pas d'une éventration, mais d'une hernie bien limitée à la région ombilicale.

La malade, n'en souffrant pas, ne songea pas à attirer l'attention sur cette tumeur. Elle ne porta pas de bandage, et la tumeur continua à s'accroître jusqu'à acquérir dans ces derniers temps les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

Le 24 mars 1887, la malade ressent subitement des douleurs vives au niveau de l'ombilic, en même temps que la tumeur augmente de volume et devient plus difficilement réductible. Des vomissements fréquents apparaissent; les selles persistent.

Une tentative de taxis est faite par l'interne : la tumeur semble se réduire, mais bientôt elle reparaît. Les vomissements persistent.

Lorsque je fus appelé le 25 mars au soir, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début des accidents, je trouvais la malade dans l'état suivant :

Dans la région ombilicale existe une tumeur, présentant le volume d'une tête de fœtus et irréductible en apparence. La cicatrice ombilicale est déplissée et se présente sous la forme d'un stigmate blanchâtre au sommet de la tumeur.

La peau est tendue, rouge, violacée par places; la pression est uniformément douloureuse dans toute l'étendue de la tumeur. A sa base, au voisinage du pédicule, la douleur ne présente pas d'exagération à la pression.

La percussion fournit de la sonorité dans toute l'étendue de la tumeur, mais la palpation révèle des particularités très importantes.

Quand on comprime modérément la tumeur, on perçoit un gargouillement des plus manifestes : ce n'est pas là simplement un déplacement de gaz dans une anse étranglée de grandes dimensions; il y a réduction véritable, car la tumeur, qui était fort tendue, devient flasque; son volume diminue très notablement, et cette diminution dans la tension de la tumeur permet de constater un phénomène insolite que je n'ai pas trouvé signalé dans les auteurs.

On sent manifestement, libre dans la cavité du sac devenue flasque, un cylindre dont les parois, facilement accessibles, semblent épaissies, mais dont la rénitence est faible. Il s'agit là évidemment de l'anse d'intestin dont le contenu est rentré dans la cavité intestinale, mais qui lui, est resté dans le sac, et dont la paroi est nettement augmentée d'épaisseur.

Ajoutons encore que cette anse paraît mobile dans la cavité du sac, et qu'on ne saurait admettre d'adhérences au moins étendues à la paroi.

Le ventre est médiocrement tendu; point de sensibilité à la pression. Quelques tranchées sont accusées par la malade.

Les vomissements ont notablement augmenté depuis le matin : d'abord alimentaires, puis muqueux, ils sont devenus rapidement fécaloïdes et se reproduisent chaque fois que la malade essaie de boire.

La malade a rendu spontanément quelques selles depuis le début des accidents. Au moment où je l'observe, elle rend des gaz en assez grand nombre par l'anus.

L'état général s'est beaucoup aggravé dans le courant de la journée : La prostration est extrême; les extrémités sont refroidies et violacées; la malade a le facies abdominal.

Que faire en présence de ce cas? J'avoue que le diagnostic présentait certaines difficultés. S'agirait-il d'un étranglement véritable?

Tout d'abord, l'état inflammatoire des enveloppes de la hernie, l'absence de localisation de la douleur au niveau du pédicule, l'extension de la douleur provoquée à toute la tumeur, constituaient des signes en faveur d'une inflammation herniaire, d'une péritonite herniaire, accident si fréquent à la région ombilicale. Mais, à la vérité, la coexistence de la péritonite et de l'étranglement est loin d'être rare, et l'intensité des phénomènes généraux, leur développement rapide même en dehors de toute complication inflammatoire du côté du péritoine, étaient bien de nature à y faire penser.

Or nous trouvions des signes qui pouvaient faire douter de cette coexistence.

Notons d'abord, au point de vue des symptômes subjectifs, la persistance des selles et surtout de l'émission des gaz par l'anus.

Ainsi que j'ai eu l'occasion de le dire dans mon article : « Hernie de l'encyclopédie internationale de chirurgie », les chirurgiens ont toujours beaucoup insisté sur l'absence absolue d'émission gazeuse, qu'ils considèrent comme un signe absolument pathognomonique.

Dans un certain nombre de cas, en effet, l'étranglement, bien que très net, ne s'accompagne d'aucun des accidents géné-

---

d'autre mission que celle de sanctionner, d'approuver, de ratifier les présentations, se permet de les désapprouver, de les annuler, sous prétexte sans doute de les rectifier? La Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique comprend des professeurs et des inspecteurs des Facultés de Droit, des Lettres et des Sciences, les principaux fonctionnaires du Ministère de l'Instruction publique et *un seul véritable médecin*, M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui a lutté en vain pour faire respecter le vote des professeurs de Montpellier.

Quelles hautes compétences, en dehors de M. Brouardel, pour détruire ou contredire l'opinion d'un corps professoral!

Mais, dirons-nous au Ministre de l'Instruction publique et à son Conseil, pourquoi demander l'avis de la Faculté intéressée dans le choix du professeur qui pourrait rehausser son lustre, si on ne doit pas le suivre? N'y a-t-il pas là une atteinte directe aux prérogatives, à la dignité du corps enseignant?

Et quelle situation, ce vote inconsidéré des membres du Conseil qui ont prétendu réformer l'élection de l'Ecole de Montpellier, va-t-il créer au nouvel élu!...

De quel œil ses nouveaux collègues, de quel œil les élèves vont-ils accueillir le nouveau professeur?

C'est plus qu'un déni de justice à l'égard de M. Pécholier; c'est plus qu'une faute administrative offensant le corps professoral tout entier : il y a autre chose encore, car on peut y voir une maladresse insigne commise par le Ministre de l'Instruction publique à l'égard de M. Hamelin. Et je n'hésite pas à le dire, si je me trouvais à la place de l'élu, je considérerais sinon comme une mauvaise plaisanterie, du moins comme un danger pour mon avenir, une décision substituant mon nom à celui que les professeurs ont désigné, et je m'empresserais de donner ma démission. Je croirais ainsi satisfaire à la fois aux sentiments de dignité et de courtoisie confraternelles qui doivent guider notre conduite, et je suis persuadé que les professeurs rassénérés, aussi bien que les Conseillers du Ministère de l'Instruction publique, satisfaits de la leçon reçue, me sauraient gré de ma conduite à la première vacance qui se produirait.

***

Si, dans les Facultés de médecine, le recrutement des professeurs est soumis à de pareilles avanies, dans les simples Ecoles

raux de l'étranglement herniaire : l'étranglement est dit chronique. Dans ces conditions, l'absence d'émission gazeuse, qui serait constante, devrait entraîner le diagnostic d'étranglement. Il faut évidemment en rappeler d'une opinion aussi absolue.

Déjà, dans mon article, j'ai cité le cas bien curieux d'une femme qui, sur la table d'opération, au moment de subir l'opération, rendit par l'anus des gaz en si grande abondance que l'intervention en aurait été différée, si les signes de l'étranglement n'avaient été absolument nets.

Je me rappelais ce cas en présence de cette femme, et j'avoue que j'en aurais été médiocrement impressionné si, comme chez notre malade de la Charité, les signes locaux de l'étranglement avaient été absolument nets.

Or, outre qu'il existait, ainsi que je l'ai dit plus haut, des phénomènes inflammatoires parfaitement accusés du côté du sac, la tumeur n'était même pas irréductible.

Si l'on se rappelle la description que j'ai faite plus haut, la tumeur se réduisait sous la pression de la main; l'anse herniée se vidait dans la cavité de l'intestin abdominal, mais elle restait dans le sac. Il manquait donc, pour caractériser l'étranglement, cette tension particulière de la tumeur, ce défaut de réductibilité, sans lequel d'ailleurs on ne pourrait diagnostiquer l'étranglement.

Fallait-il donc admettre qu'il existait un orifice herniaire très large qui laissait passer facilement les gaz et les liquides et que l'intestin était retenu à la paroi du sac, soit par des adhérences, soit par un orifice dans lequel il était étranglé, constituant ainsi une variété d'étranglement interne. Je me posais toutes ces questions et les résolus de la façon suivante : On ne pouvait admettre un orifice large faisant communiquer la cavité du sac avec le péritoine, car la malade présentait une ascite abondante, et quand elle se plaçait sur le côté et même sur le ventre, le liquide ne refluait pas dans le sac qui donnait toujours à la percussion une sonorité manifeste. De plus, l'anse était mobile dans le sac; les adhérences ne pouvaient donc être que filamenteuses, laches et allongées, et dans ces conditions auraient dû permettre facilement la rentrée de l'intestin. De plus, il n'existait pas d'épiploon dans le sac, cause fréquente d'étranglement dans un sac. Fallait-il donc admettre un étranglement par une bride filiforme ou par le mécanisme de l'adossement à elle-même de l'anse, si bien décrit par le professeur Trélat dans la thèse de son élève Mougeot. Quoiqu'il en soit de ces diverses hypothèses, le siège des accidents était bien dans le sac ombilical. L'existence de phénomènes inflammatoires locaux, et l'absence de tout symptôme du côté de l'abdomen, ne pouvaient faire penser à la coexistence d'une affection abdominale (péritonéale ou intestinale) avec une hernie réductible, comme dans le cas célèbre de Denonvilliers et celui que j'ai eu l'occasion d'observer à la Charité (voir article « Hernie ») dans le service de mon excellent maître, M. Berger.

Il y a dix ans à peine, de semblables incertitudes de diagnostic auraient fait certainement reculer devant une intervention chirurgicale, réputée si grave à la région ombilicale, qu'à diverses reprises la Société de chirurgie s'était prononcée contre elle, dans les cas de grosse hernie notamment.

J'avoue que si mon embarras fut grand pour arriver au diagnostic, il fut peu considérable au point de vue de l'intervention, étant donné qu'on pouvait préciser, sinon la nature, du moins le siége des accidents; la seule conduite à laquelle on ne pouvait se soustraire était certes l'intervention rapide et sans taxis. Sans entrer à fond dans cette question, on peut dire que, dans la grande majorité des cas, le taxis doit se borner à établir le degré d'irréductibilité d'une hernie, mais quand cette irréductibilité est reconnue, s'il s'agit surtout d'un sac dont les parois sont enflammées, c'est à l'intervention sanglante qu'il faut recourir sans délai.

Il y a là, à mon sens, une question à reprendre par sa base. Du moment qu'on accepte la laparotomie exploratrice dans les cas d'affections intra-abdominales, pourquoi refuserait-on le même bénéfice aux malades dans les cas d'affections herniaires développées dans un diverticule de la cavité abdominale?

On comprend bien l'abstention des chirurgiens à une époque où la kélotomie faisait tant de ravages, ravages dus non seulement à l'absence d'antisepsie, mais au retard apporté à l'opération, qui constituait comme un *ultima ratio* qu'on n'utilisait qu'après avoir épuisé toutes les autres ressources.

Aujourd'hui, la kélotomie doit être employée non seulement comme moyen de traitement, mais encore comme moyen de diagnostic. Pour qu'elle soit efficace et sans danger pour le malade, il faut y recourir hâtivement.

Comme on le voit, si les questions de diagnostic restent

---

secondaires il est l'objet de vicissitudes d'un autre genre. Tout lecteur d'un journal médical ne s'est-il pas maintes fois trouvé surpris en lisant des arrêtés ainsi énoncés, ou à peu près : « Par décret en date du... la chaire d'hygiène et de thérapeutique de l'Ecole de médecine de... prendra le titre de chaire de Chimie et de Médecine légale »; ou encore : « La chaire de Matière médicale prendra le titre de chaire d'Obstétrique et de Maladies des enfants. »

Et il n'est pas que les chaires qui changent de destination. Nous pourrions, sans remonter bien loin, dans nos souvenirs, retrouver des décrets ainsi formulés :

M. X..., professeur de Physique médicale, est nommé professeur de Pathologie externe;

M. Y..., professeur de Physiologie, est nommé professeur de Gynécologie;

M. Z..., professeur d'Anatomie, devient professeur de Clinique interne.

Tout cela ne prouve qu'une chose. C'est que presque partout, spécialement en province et surtout dans les Ecoles secondaires, les Chaires existent non pour répondre aux besoins des élèves, mais bien plutôt pour répondre aux appétences de certaines personnalités. Ainsi le veulent les politiciens et le régime que nous subissons aujourd'hui... Ah! combien les principes que nos gouvernants eux-mêmes appellent les principes républicains sont méconnus et mal appliqués quand ils ne sont pas foulés aux pieds.

Qu'on nous ramène plutôt aux principes du Saint-Simonisme qui disait : A chacun selon ses capacités, selon ses œuvres, selon son mérite. Nous sommes loin de cette ère rêvée par le père Enfantin et par ses disciples. Retournerons-nous en arrière? Je ne saurais le croire, non plus que ne le croyait ce confrère, mort récemment, le docteur C. Pellarin, qui dans une vie bien remplie passe justement par l'Eglise Saint-Simonienne (1), après avoir été médecin de marine pour finir simple praticien aimé et estimé. Les souvenirs qu'il a publiés ici-même dans la GAZETTE MÉDICALE (il y a une vingtaine d'années), sont des plus intéressants.

***

Avec quelle rapidité d'ailleurs se succèdent nos deuils. Voici un

(1) Qu'il déserta d'ailleurs bien vite pour devenir disciple de Fourier et de ses doctrines.

intéressantes au point de vue séméiologique, elles ont bien perdu de leur importance au point de vue thérapeutique, puisqu'elles ne sont plus seules à régler la conduite des chirurgiens.

Pénétré de ces idées, que j'ai eu l'occasion de développer dans mon article, ma résolution fut prise de suite, et je pratiquai l'ouverture du sac.

L'état général de la malade était si grave, l'anesthésie cutanée si complète, que je pus opérer sans chloroforme et sans qu'elle ait un instant conscience de l'opération.

L'ouverture du sac me fit reconnaître des particularités importantes.

Il n'existe dans le sac que quelques cuillerées à café d'un liquide louche, verdâtre. La paroi interne du sac est rouge, vascularisée, sans trace d'exsudats. La paroi de l'intestin est très épaissie, rigide, rougeâtre, couverte d'exsudats fibrineux. Pas de sphacèle ni de perforation. Une bride résistante, quoique filiforme, s'insère à la partie inférieure de l'anneau ombilical et vient d'autre part se fixer au fond du sac, au niveau du stigmate que j'ai signalé sur le tégument et qui est le vestige de la cicatrice ombilicale déplissée. Cette bride n'exerce sur l'intestin aucune pression, mais elle passe dans la concavité de l'anse, d'où l'obstacle qu'elle apportait à la réduction. Mais j'avoue ne pas comprendre la raison de cette situation relative de la bride et de l'anse.

Les détails que j'ai relevés du côté de l'anneau sont de beaucoup les plus intéressants; quelques adhérences existent à ce niveau, mais sont facilement détruites avec le doigt. L'anneau présentait une étroitesse si marquée que j'eus de la peine à introduire la pulpe de l'index entre son contour et l'anse d'intestin. L'intestin lui-même ne put glisser sur l'anneau, et je dus pratiquer un débridement méthodique pour pouvoir examiner le contour de la portion serrée.

Dès que ce débridement fut opéré, une circonstance me démontra une fois de plus la réalité de l'étranglement. Un flot de liquide ascitique s'écoula par l'orifice; ce fut une véritable inondation dans la salle d'opérations. Une fois l'écoulement arrêté, j'examinai l'anse que me montra un sillon circulaire notable au niveau du contour de la portion serrée. Pas de sphacèle à ce niveau, ni de perforation.

Le diagnostic de l'étranglement herniaire se trouvait parfaitement vérifié, mais je ne puis dire encore pourquoi, contrairement à la règle, les gaz pouvaient passer librement de l'anse herniée dans la cavité de l'intestin abdominal.

C'est là toutefois un fait d'une importance capitale et dont on devra désormais se rappeler, malgré son extrême rareté. Il est évident qu'en présence de cette constriction réelle exercée sur l'intestin par l'anneau ombilical, la réduction était impossible. Ajoutons encore, comme causes secondaires, la bride intrasacculaire et le volume énorme de l'anse par le fait de l'inflammation. Ces constatations une fois faites, il fallait prendre un parti, et je n'hésitais pas à réduire l'anse, malgré les lésions inflammatoires qu'il présentait, mais après avoir fait une désinfection méthodique du sac et de l'anse herniée d'abord avec la solution phéniquée faible puis avec une solution forte.

Une fois l'intestin rentré, je plaçais la malade un instant sur le côté, pour lui permettre d'évacuer une partie de son ascite. Il s'échappa ainsi par la plaie opératoire environ 5 à 6 litres de liquide. Je n'osai toutefois mettre le péritoine complètement à sec.

Je procédai alors à la suture, après avoir au préalable réséqué la totalité du sac avec la peau, dont je ne pus séparer les adhérences avec la séreuse, et suivant en cela les conseils donnés par Segond dans sa thèse.

Un premier plan de suture au catgut fut placé sur le plan fibreux sous-cutané, comprenant à la fois le péritoine que je n'avais pu isoler; huit points de suture furent ainsi placés, très rapprochés les uns des autres, pour éviter dans les mouvements de la malade la filtration du liquide ascitique. Un deuxième plan aux crins de Florence réunit la plaie cutanée; un tube à drainage couché fut placé entre les deux plans de suture.

Pansement à la gaze iodoformée. Compression ouatée énergique.

Le soir, la malade a une selle abondante; quelques vomissements se produisent. État général meilleur. Température 38°.

Le 26, météorisme abdominal. La malade ressent quelques douleurs au niveau de l'ombilic. Quelques vomissements bilieux.

Le pouls est petit, fréquent, 120; le facies se grippe à nouveau. Anxiété extrême de la malade, près de laquelle on est

---

jeune agrégé du Val-de-Grâce, un de nos plus spirituels chroniqueurs (sous le pseudonyme de P. Dubray), le docteur Lubanski, qui a été trouvé mort dans son lit rue Bonaparte, le 25 juillet. Et les grands journaux politiques annonçant sa mort ajoutaient : « Il avait commandé à sa femme de ménage d'acheter il y a deux jours une fiole qui devait contenir du poison. La mort paraît remonter à cette date.

« Le docteur Lubanski avait cessé ses fonctions au Val-de-Grâce depuis dix-huit mois. On attribue son suicide à des pertes considérables au jeu. » Et c'est tout. Affreux, n'est-ce pas?

***

Puis le docteur Robinet fils, pharmacien d'abord, plus tard médecin (il avait fait une bonne thèse de doctorat en médecine sur la salubrité relative des cimetières), et enfin conseiller municipal de Paris, meurt brusquement avant l'âge de 40 ans.

**

Puis encore voici Giraud-Teulon, qui vient accroître notre liste nécrologique. Giraud-Teulon, ancien polytechnicien, ancien préfet de la République en 1848, de cette République honnête, rêveuse, remplie d'utopistes si l'on veut, mais si séduisante; Giraud-Teulon, modeste et toujours studieux, qui valait bien mieux que sa réputation et qui, en oculistique, en physiologie et même ici comme journaliste médical, s'est fait un nom qui restera plus honorable encore qu'il n'a été honoré.

***

Ne pourrait-on pas remédier à la difficulté qu'ont les travailleurs de faire publier les résultats de leurs recherches, lors même qu'elles ont une grande valeur? Ainsi un Recueil qui est largement subventionné par le ministère de la guerre : *Les Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, n'a publié (en mars 1885), qu'un court extrait du méritant mémoire du docteur Fournié, sur les complications des Oreillons, travail qui a obtenu le prix de médecine militaire : « La commission de rédaction des *Archives de médecine militaire*, lisons-nous dans une note (16 mars 1885, p. 205), se trouvant dans l'impossibilité de publier in-extenso le très volumineux mémoire de M. Fournié, a choisi dans ce travail le chapitre qui lui a paru présenter le plus d'originalité et le plus d'intérêt pour les lecteurs des *Archives*. » Suit une vingtaine de pages de texte, et c'est tout.

obligé de laisser une gardienne pour l'empêcher d'enlever son pansement.

T. M. 38°,2; T. S. 37°,1.

Le 27, la nuit a été assez bonne; la journée est calme. Quelques vomissements. Pouls 120. T. M. 38°,5; T. S. 38°,5. La malade éprouve quelques coliques.

Le 28, même état. T. M. 38°; T. T. 38°,5.

Le 29, idem.

Le 2 avril, les accidents de réaction péritonéale ont disparu. J'enlève le pansement pour la première fois. La gaze iodoformée est absolument sèche; il n'y a pas une goutte de sérosité, ni de pus. Les crins de Florence sont enlevés, ainsi que le tube. Je renouvelle le pansement iodoformé.

Huit jours après, à la partie supérieure de la ligne de réunion, il se produit une petite désunion dans une étendue d'un centimètre environ; il sort quelques gouttes de pus. Je fais un petit lavage avec une seringue en verre chargée de solution phéniquée faible.

Vaseline boriquée, gaze iodoformée.

Au bout de deux jours, la petite plaie est refermée et la malade est définitivement guérie.

J'ai revu depuis plusieurs fois la malade: dans les premiers mois, il n'existait aucun signe d'éventration.

Récemment, le 1er août, j'ai constaté un commencement de soulèvement de la cicatrice qui me fait craindre à bref délai une éventration véritable, mais la malade, très indocile, refuse tout bandage.

L'état de la malade est excellent, malgré l'affection ovarienne avec généralisation péritonéale que j'ai signalée dès le début.

L'observation que je viens de rapporter présente, d'après les détails qui précèdent, un réel intérêt.

Au point de vue diagnostique, je rappellerai seulement: 1° la coexistence d'une péritonite herniaire avec un étranglement véritable qui n'empêchait pas la réductibilité des gaz contenus dans l'anse étranglée; 2° la persistance des émissions gazeuses par l'anus.

Ces faits, bien qu'exceptionnels, montrent que l'on est autorisé à faire bénéficier le malade des avantages d'une incision exploratrice dont le principe a été récemment adopté, sous conditions il est vrai, pour les tumeurs douteuses de la cavité abdominale.

La kélotomie doit donc être pratiquée à notre époque, non plus seulement comme traitement, mais comme un moyen d'aviser au diagnostic dans les cas difficiles.

Signalons enfin, dans notre observation, le fait intéressant de la guérison, après kélotomie, chez une femme dont le péritoine est le siège d'une généralisation étendue d'un néoplasme de l'ovaire.

REVUE SPÉCIALE

Maladies des voies urinaires

DES URÉTÉRITES ET DE L'EXPLORATION DES URETÈRES, par le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir le numéro précédent.

En effet, ce point de l'histoire des urétéro-pyélites a été éclairé d'une vive lumière par le travail de M. Hallé. Pour beaucoup de personnes encore aujourd'hui, la question est des plus simples, comme elle l'était pour tout le monde autrefois: un calcul se développe dans un bassinet, y séjourne et en détermine l'inflammation. Il s'en faut que les choses se passent toujours aussi simplement. La pyélite est souvent primitive, la formation calculeuse secondaire; cette *pyélite lithogène*, suivant l'expression des Allemands, est l'aboutissant le plus ordinaire d'une urétéro-pyélite ascendante, souvent d'origine vésicale. C'est surtout Ebstein qui a insisté sur ce point; un ouvrage récent de M. Esbach, un mémoire de M. Pousson, sont venus contribuer à faire adopter à cette manière de voir, d'après laquelle une formation calculeuse serait, dans l'immense majorité des cas, un résultat et non une cause. M. le professeur Guyon considère cette opinion comme probable.

Une première preuve de l'origine secondaire de ces calculs est tirée de leur composition chimique. Ce sont des calculs phosphatiques; ils en ont l'aspect extérieur, irréguliers et rugueux, d'un poids spécifique faible, poreux, friables, composés de couches irrégulièrement concentriques. L'analyse

---

Voilà donc un travail des plus originaux enseveli dans les cartons. Et cependant, s'il est des œuvres qui dussent être publiées, ce sont ces recherches sur des points spéciaux de pathologie. On ne devrait pas se contenter d'en couronner les auteurs. On devrait mettre à la portée des travailleurs les résultats de leurs études. — Ce n'est pas là qu'on devrait chercher à réaliser des économies budgétaires.

L'avenir fera-t-il mieux? Nous le désirons, nous le souhaitons, nous l'espérons.

Dr PETER-PAUL SOMANS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1887:

1° Chefs de clinique chirurgicale: MM. les docteurs Princeteau et Phélippot, en remplacement de MM. Loumeau et Lacharrière, dont le temps d'exercice est expiré; 2° chef adjoint de clinique chirurgicale: M. le docteur Sengensse.

***

CHOLÉRA. — Rome, 17 septembre. — Suivant la TRIBUNA, à Messine la situation s'est améliorée: du 15, minuit, au 16 même heure, il y a eu 65 cas et 28 décès dont 10 des cas précédemment enregistrés.

Ce matin, sont morts le commissaire de police et le commandant des gardes de la sûreté publique.

A Castellamare, de minuit, hier, à 8 heures ce matin, 15 cas, 10 décès dont 8 de cas précédents; à Pouzzolles, dans les dernières 24 heures, 11 cas et 4 décès dont 2 cas déjà enregistrés; à Catane, du 15 au 16, 1 cas, d'une personne venant de Messine et 1 décès; à Maletto, 2 décès; Troina, 2 décès; Randazzo, 1 décès; à Palerme, du 15, minuit, au 16 même heure, il y a eu 9 cas et 7 décès dont 3 des cas précédents.

Par mesure de précaution, le ministère de la guerre a aussi renvoyé à une autre époque l'appel sous les drapeaux de la 2e catégorie de la classe 1886, pour les militaires du district de Tarente.

***

— M. le docteur Daremberg est chargé de prendre part, comme représentant du ministère de l'instruction publique, au Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne.

chimique vient confirmer ces premières données : on ne trouve ni acide urique, ni urate, ni cystine ; le phosphate bicalcique le phosphate de magnésie et d'ammoniaque, eu forment la composition avec une certaine proportion de carbonate.

Un calcul venant compliquer la marche d'une urétéro-pyélite ne doune pas lieu à des symptômes pathognomoniques dus à sa présence. C'est la même pyurie aboudante, intermittente souvent, et produisant des décharges de pus qu'on retrouve dans l'urine ; à peine peut-on signaler une augmentation légère de la douleur ; la tumeur rénale peut aussi acquérir des dimensions plus considérables ; le plus souvent, elle est unilatérale.

A ces symptômes rapidement résumés, il est bon d'opposer ce qui se passe dans les cas où de volumineux calculs, le plus souvent uriques, ont séjourné longtemps dans le bassinet ; ces faits sont communs chez les goutteux, les arthritiques, ceux qui pendant nombre d'années ont rendu du sable rouge avec leurs urines. Ces douleurs sont parfois atroces ; tout mouvement, toute locomotion, impossibles ; les hématuries sont profuses, la douleur provoquée par l'exploration des régions rénales est très vive, et pourtant les urines restent claires dans les intervalles des hématuries ; il ne descend du pus ni de la vessie ni des voies supérieures.

L'anatomie pathologique est venue confirmer ces faits, et à l'autopsie de ces malades on voit des calculs remplir les bassinets, sans que la muqueuse de ceux-ci présente les traces d'une inflammation. Une autre preuve est fournie par l'opération de la néphrolithotomie qui a permis d'extraire des calculs uriques des bassinets et dilatés, souvent déchirés par les corps étrangers et respectés par l'inflammation.

Il s'en faut que les choses restent toujours dans cet état et, tout d'un coup, que la cause en soit uette ou obscure, une suppuration s'établit dans le bassinet ; aux symptômes douleur et hématurie s'ajoute la suppuration. Faut-il admettre que celle-ci s'est établie spontanément ? Ou n'est-il pas plus rationnel, plus conforme à la conception moderne de la suppuration, de faire intervenir un élément étranger, un microbe, dont l'introduction aurait été suffisante et nécessaire à la production du pus ? Nous n'hésitons pas à nous rallier, avec M. Hallé, à cette dernière opinion.

Il ressort avec évidence de l'observation clinique que des dépôts phosphatiques se forment sous une influence encore mal déterminée dans les portions enflammées des voies urinaires.

L'expérimentation démontre, d'ailleurs, que la fermentation ammoniacale de l'urine détermine, en vase clos, en même temps que l'alcalinité du liquide, la précipitation de phosphates terreux, et cette altération a lieu aussi bien dans l'urine séjournant dans les voies urinaires. Ce dépôt se produit plus facilement en présence d'un corps étranger ; telles sont les concrétions qui se déposent sur les soudes laissées longtemps à demeure. Une autre preuve est tirée de la composition complexe de certains calculs dont le noyau est urique et la périphérie composée de couches phosphatiques que la suppuration y a laissé déposer.

Il faut donc savoir gré à M. Hallé d'avoir isolé tout un groupe de pyélites calculeuses, dont l'origine secondaire est la conséquence d'une inflammation primitive des voies urinaires. Au point de vue clinique autant que sous le rapport anatomo-pathologique, une urétérite calculeuse secondaire se rapproche bien plus de l'urétérite suppureuse que d'une lithiase non inflammatoire. Les conclusions relatives au traitement et au diagnostic sont les mêmes dans les deux variétés d'inflammation. Il était donc rationnel de les réunir dans une étude commune.

Quelle que soit la forme qu'affecte une urétéro-pyélite, il est intéressant de rechercher le mécanisme de sa production, d'en étudier la *physiologie pathologique*. Dans la variété ascendante, le mode de propagation est évident, et il suffit d'invoquer les progrès d'une inflammation qui a gagné peu à peu les tissus en continuité. Doit-on admettre cependant que des lésions urétérales ou pyélitiques se soient développées sans laisser une trace qui permette de suivre sur toutes les muqueuses eu continuité la propagation inflammatoire ?

En effet, dans quelques cas rares, on a pu voir la portion terminale de l'uretère, tout au moins son trajet intra-pariétal, demeurer indemne, alors que les bassinets étaient enflammés. On est conduit alors à admettre que les éléments morbigènes ont reflué malgré le cours de l'urine et sont venus inoculer l'uretère dans un point plus ou moins éloigné de la vessie. Quoiqu'il en soit, cette disposition est exceptionnelle.

(A suivre).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. SUR L'ACTION DE L'ACETPHÉNÉTIDINE, par O. HINSBERG et A. KAST (*Centralblatt für die medicin. Wissenschaften*, 1887, n° 9, p. 145). — L'ACETPHÉNÉTININE COMME ANTIPYRÉTIQUE, par G. KOBLER (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1887, n° 26, p. 866, et n° 27, p. 899). — II. COMMUNICATION PRÉALABLE SUR L'ÉPHÉDRINE, UN NOUVEAU MYDRIATIQUE, par M. KINNOSUKE MIURA (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 38, p. 707). — III. SUR UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL, LA STÉNOCARPINE, par M. CLAIBORNE, de New-York (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1887, n° 33).

I. L'acetphénétidine est une combinaison acétylique de la phénétidine, autrement dit de l'éther éthylique du paramidophénol. Sa constitution moléculaire est exprimée par la formule : $C^6H^4 \left\{ \begin{array}{l} OC^2H^5 \\ AzH\,(CO-CH_3) \end{array} \right.$ elle est donc analogue à celle de l'antifébrine ou acétanilide.

L'acetphénétidine se présente sous la forme d'une poudre d'un noir rougeâtre, insipide, inodore, peu soluble dans l'eau, un peu plus dans la glycérine, beaucoup plus soluble dans l'alcool à chaud, insoluble dans les liquides acides et alcalins, notamment dans les sucs gastrique et pancréatique.

Les premières expériences physiologiques faites par HINSBERG et KAST ont donné les résultats suivants :

A la dose de 0,15 à 0,20 par kilogramme de poids corporel, l'acetphénétidine, administrée à des chiens pendant plusieurs jours consécutifs, n'a produit aucun effet appréciable chez les animaux en expérience. A dose plus forte, — 3 à 5 grammes par jour, chez des chiens de poids moyen, — l'acetphénétidine produisait de l'accélération des mouvements respiratoires, de la somnolence, des vomissements, de l'incertitude de la démarche ; ces phénomènes gagnaient en intensité pendant deux ou trois heures, coïncidant avec de la cyanose de la muqueuse buccale. A plusieurs reprises, on a constaté une coloration cyanotique du sang, et alors ce liquide tenait en suspension

de la méthémoglobine. Au bout de quelques heures, les animaux en expérience étaient complètement rétablis.

L'innocuité de l'acétaphénétidine administrée à doses relativement fortes ayant été établie par ces expériences de laboratoire, MM. Hinsberg et Kast se sont décidés à faire des essais cliniques avec ce nouveau produit. Ils ont administré l'acetphénétidine à des phthisiques; à la dose quotidienne de 2 à 5 décigrammes (25 milligrammes à 1 centigramme par kilogramme de poids corporel), le médicament a fait baisser la température de 2 degrés en moyenne. Quand la médication était instituée en pleine ascension thermique vespérale, le mouvement fébrile était enrayé. La défervescence s'effectuait d'une façon lente et progressive; elle atteignait son maximum au bout de quatre heures. Pendant ce temps, la transpiration était modérée, la peau était légèrement hyperémiée. Le pouls n'a pas été influencé dans des proportions bien sensibles. De collapsus point, ni d'autres symptômes fâcheux. Même à la suite de trois prises consécutives de 0,5 chaque, il n'y a pas eu de cyanose. Pas de frissons pendant la période réascensionnelle, qui embrasse également une durée de plusieurs heures. Grâce à son insipidité, le nouveau médicament est facilement accepté par les malades. Aucun de ceux qui ont été traités par l'acetphénétidine n'a eu de nausées, encore moins des vomissemente; l'appétit n'a pas été troublé.

De ces faits, les deux auteurs, sans s'exagérer la valeur du nouveau fébrifuge, ont conclu qu'il y avait lieu de signaler les premiers résultats obtenus à l'attention des médecins, pour provoquer de nouvelles expériences cliniques.

— Cet appel a déjà été entendu; M. Kobler, de Vienne, assistant du professeur Bamberger, a expérimenté l'acetphénétidine dans 50 cas d'affections fébriles très diverses, — phthisie pulmonaire (11 cas), pneumonie fibrineuse (10 cas), fièvre typhoïde (7 cas), rougeole (6 cas), septicémie puerpérale, pleurésie, pyémie, méningite cérébro-spinale, etc., etc. Lors des premiers essais, le médicament a été administré par prises de 0 gr. 2 à 0 gr. 4; les abaissements de température étaient à la fois faibles et de peu de durée. L'innocuité du médicament une fois bien établie, M. Kobler n'a pas hésité à prescrire des doses plus fortes. Il commençait par une dose de 0 gr. 5, pour tâter la susceptibilité du sujet. Cela fait, quand l'indication de s'attaquer à la fièvre se présentait de nouveau chez le malade, la dose était portée à 0,6 et 0,7. Cependant, chez un garçon de 9 ans, atteint de la rougeole, on n'a pas dépassé la dose de 0,2 à 0,3.

M. Kobler confirme ce qu'avaient annoncé MM. Hinsberg et Kast, relativement à la facilité avec laquelle le médicament est accepté et supporté par les malades; à cause de son insolubilité dans l'eau, l'acétphénétidine a été administrée dans du pain azyme. L'accord se continue pour ce qui concerne l'action du médicament sur la fièvre; quelques points spéciaux notés par M. Kobler méritent cependant d'être mentionnés.

Comme on devait s'y attendre, le médicament n'a influencé que l'élément fièvre des affections dans le cours desquelles il a été administré. La maladie n'en suivait pas moins son cours. Chez une jeune femme de 20 ans, qui avait contracté une pneumonie en soignant trois enfants atteints d'une angine diphthéritique grave, et qui présentait en outre les signes d'une néphrite aiguë avec hématurie, l'acetphénétidine a été très bien supportée; l'albuminurie n'a pas augmenté, l'hématurie a diminué. La défervescence produite par l'administration de l'acetphénétidine étant essentiellement passagère, M. Kobler a eu l'idée d'administrer, à deux heures d'intervalle, deux doses de 0,3 de ce médicament, dans l'espoir que l'effet de la seconde dose se ferait sentir avant que se fût dissipé l'effet de la première. An bout de quatre heures, le malade eut des sueurs profuses; il accusait une sensation de froid; sa température rectale était descendue à 35°. Malgré cela, pas de collapsus. Le malade fut enveloppé dans des couvertures; on lui administra des boissons chaudes, et au bout de quatre nouvelles heures, sa température était remontée au niveau normal. Quelques malades, qui étaient prédisposés aux transpirations, ont eu des sueurs assez fortes pendant la défervescence, un point qui mérite d'être pris en considération. Chez la plupart des sujets qui ont fait l'objet de cette expérience, la défervescence s'accompagnait d'un état de bien-être tout à fait frappant, mais aussi passager que l'effet antipyrétique. Il s'agit donc, en somme, d'une médication qui mérite d'être étudiée plus à fond.

Quelques mots encore sur l'état des urines, à la suite de l'administration de l'acéphénitidine. D'après les observations de M. Kobler, ce médicament n'active pas la diurèse. Les urines prennent une teinte d'un jaune-foncé, qui passe au rouge-vin de Bourgogne, après addition de perchlorure de fer. La réaction de l'indo-phénol s'est manifestée d'une façon très nette, déjà après administration d'une dose unique de 0 g. 3 d'acetphénédine. L'urine de quelques malades réduisait d'une façon très énergique la liqueur cupro-potassique, sans que ce résultat put être attribué à la présence du sucre.

II. Le professeur Nagai a extrait de *l'ephedra vulgaris Rich.* un alcaloïde auquel il a donné le nom d'éphédrine. Le mode de préparation et la constitution chimique de cette substance seront exposés dans une publication ultérieure. Pour le moment, M. Kinnossuke Miura se borne à faire connaître sommairement les résultats des recherches physiologiques et cliniques qu'il a faites avec l'éphédrine, sous la direction du professeur Osava. Voici la traduction de ce document :

1° Chez la grenouille, à dose toxique (8 à 10 milligrammes pour une grenouille esculenta de taille moyenne), le chlorhydrate d'éphédrine produit un ralentissement progressif et finalement l'arrêt des mouvements respiratoires. On ne constate pas de phase d'accélération. La fréquence des contractions cardiaques est influencée de même, jusqu'à ce que finalement le cœur s'arrête en diastole. Ces effets se produisent aussi bien à la suite de l'application du toxique sur le péricarde qu'à la suite de l'injection de l'éphédrine dans le sac lymphatique. La pupille se dilate;

2° Chez les mammifères (lapin, chien, souris), les mouvements respiratoires et le pouls subissent une accélération considérable, pour s'arrêter plus tard subitement, sans ralentissement manifeste. En même temps surviennent des convulsions cloniques; la température s'élève dans le rectum. La pression intra-vasculaire diminue notablement, puis s'élève de nouveau au-dessus de la normale, pendant la phase convulsive, pour finalement tomber de nouveau (déterminations faites dans la carotide). Les pupilles se dilatent, aussi bien à la suite de l'injection sous-cutanée qu'à la suite d'une instillation d'éphédrine dans le cul-de-sac conjonctival. La mort arrive par arrêt du cœur et des mouvements respiratoires;

3° La dose toxique mortelle est de 0,3 à 0,4 gr. par kilogr.

de poids corporel chez le lapin, de 0 gr. 22 par kilogr. de poids corporel chez le chien.

Les expériences cliniques de M. Kinnosuke Miura ont été faites dans le courant de cette année, sous la directinn et dans le service de clinique chirurgicale et nphthalmologique du professeur Scriba (de Berlin). Les instillations d'une solution de chlorhydrate d'éphédrine à 6-7 % ont donné, en égard à l'action mydriatique de cette substance, des résultats assez inégaux, contrairement à ceux qui ont été obtenus avec des solutions à 10 %, tant sur des yeux sains que sur des yeux malades.

I. *Expériences faites avec des solutions à 6-7 0/0.*

1o Des instillations ont été faites en nombre variable (de 1 à 4) et à des intervalles de 10 à 15 minutes chez le même sujet. La dilatation de la pupille ne s'en est pas suivie chez tous les sujets, mais chez la plupart;

2o Elle est survenue après des espaces de temps variables chez différents sujets, de 40 à 50 minutes environ après les instillations.

II. *Expériences faites avec des solutions à 10 0/0.*

1o Chez 18 malades qui ont été observés avec soin, les deux pupilles se dilataient, 40 à 60 minutes après une instillation de une ou deux gouttes;

2o La dilatation était égale des deux côtés, quand le pouvoir réfringeant des deux yeux était le même et qu'il n'existait pas d'inflammation;

3o La dilatation ne s'effectuait pas *in extenso*, mais elle était tout à fait suffisante pour permettre l'exploration de la rétine dans toute son étendue, à l'examen ophtalmoscopique. En faisant pénétrer dans l'œil un jet de lumière puissant, on pouvait constater chaque fois une légère réaction pupillaire;

4o L'accommodation n'était pas paralysée du tout, ou seulement très faiblement;

5o Les enfants et les vieillards sont plus sensibles à l'action mydriatique de l'éphédrine que les individus vigoureux;

6o Quand l'iris était en état d'irritation ou d'inflammation, on n'observait pas de dilatation bien manifeste de la pupille;

7o La durée de la dilatation, depuis le moment de l'instillation jusqu'au retour de la pupille à son diamètre normal, oscille entre 5 et 20 heures;

8o Même après quatorze jours d'instillations, il n'est survenu ni conjonctivite, ni autre effet fâcheux appréciable (chez un malade, on a fait pendant quinze jours consécutifs, 3 instillations quotidiennes d'une solution de 10 %, et il n'en est résulté aucun effet nuisible);

9o Il n'y a eu ni accroissement ni diminution de la pression intra-oculaire.

Sur quelques malades, on a cherché à déterminer le degré de la paralysie de l'accomodation. Chez trois sujets, il n'existait aucune trace d'une telle paralysie; chez nn quatrième, le punctum proximum se trouvait reculé de 15 millimètres;

10o Des expériences comparatives, faites avec des solutions d'homatropine, ont démontré qu'à la suite d'instillations de ce mydriatique, la pupille dilatée met 69 heures à revenir à son diamètre normal.

Il découle clairement de ces faits, que le chlorhydrate d'éphédrine en est un mydriatique commode, qui peut être substitué à l'homatropine pour l'examen du fond de l'œil. Elle se distingue de cette dernière par la facilité avec laquelle on la prépare et par son bon marché (malgré qu'on soit obligé de l'employer sous forme de solution dix fois plus concentrée). D'autre part, son emploi n'entraîne pas d'effets fâcheux; l'accommodatinn n'est pas paralysée du tout, on dans des proportions si minimes qu'il n'en résulte aucune gêne pour les malades.

III. M. Claiborne a fait ses expériences avec un alcaloïde tiré des feuilles d'un arbre dont le nom botanique n'a pas encore été tiré au clair, mais qui présente une ressemblance avec l'acacia (*accacia stenocarpo*); c'est pourquoi le nouvel alcaloïde a été baptisé du nom de *sténocarpine*.

La sténocarpine est douée d'une action anesthésiante locale très prononcée, que M. Claiborne a utilisée pour pratiquer différentes opérations sur des yeux. A la suite d'une instillation de 2 à 4 gouttes d'nne solution à 2 0/0 dans un œil, il se produit une anesthésie complète de la conjonctive et de la cornée, qui dure environ vingt minutes; la pupille se dilate progressivement à son maximum, et à ce moment elle ne réagit plus ni à la lumière ni aux changements de distance. On a constaté en outre une diminution de la tension intra-oculaire.

La sténocarpine, en applications locales, produit également l'anesthésie de la muqueuse nasale et de la peau; avec le concours de ce nouvel agent anesthésique, un athérome a pu être extirpé et la plaie opératoire recousue, sans que le patient ait ressenti la moindre douleur.

Bref, M. Claiborne présente la sténocarpine comme un rival de la cocaïne; en outre, il estime que l'action mydriatique de cette substance et la propriété d'abaisser la pression intra-oculaire lui assureront une certaine importance dans la thérapeutique oculaire. La découverte du nouveau médicament est le fait du hasard: un vétérinaire, à défaut d'autres ressources, avait utilisé des feuilles de l'arbre dont il a été question, pour confectionner un cataplasme qu'il appliqua sur un abcès, chez un cheval. En ouvrant cet abcès, le vétérinaire s'aperçut que la peau, au lieu d'application du cataplasme, était le siège d'une anesthésie complète.

E. Ricklin.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Lettre de M. Pasteur sur la rage.

La mort de Lord Doneraile, qui a succombé à la rage, malgré un traitement préventif par les inoculations antirabiques, a fortement ému l'opinion publique en Angleterre. Dans une lettre adressée au British medical, M. Pasteur fournit des explications qui atténuent dans une grande mesure la portée de ce fait et les conséquences qu'on en peut tirer. Nous nous faisons un devoir de reproduire cette lettre, dont le Bulletin médical a publié une traduction dans son dernier numéro.

Dans l'enquête qui se poursuit sur les inoculations antirabiques, la Gazette médicale ouvre avec une égale impartialité ses colonnes à M. Pasteur d'abord, puis aux adversaires comme aux partisans de la méthode. Elle croit ainsi, mieux qu'en prenant parti pour ou contre, servir les intérêts de la science et concourir à éclairer le grand problème à l'étude. M. Pasteur lui-même, dans son libéralisme, ne regrette pas

l'opposition qu'il rencontre « puisque, écrit-il plus loin, cela tient à le faire redoubler d'exactitude dans ses statistiques ».

Voici sa lettre :

« Dans une lettre datée du 26 août, vous me demandez mon opinion relativement à la mort de lord Doneraile, qui fut mordu aux mains par un renard enragé, et qui fut traité à Paris, puis atteint d'hydrophobie longtemps après l'époque des morsures. On doit vivement regretter sa mort, car elle prive son pays d'un homme d'une haute distinction ; en outre, une telle issue fatale ne se produisant qu'au bout d'un temps si long après les morsures, joint à l'insuccès du traitement, a naturellement, dans certaines contrées, ému l'opinion publique à ce sujet. C'est pour cela que toutes les circonstances de la mort de lord Doneraile méritent l'examen le plus minutieux.

« Lord Doneraile a été mordu le 13 janvier dernier, précisément au moment même où toute la presse retentissait des discussions qui venaient de s'élever au sein de l'Académie de médecine de Paris. J'étais à ce moment absent de Paris pour raison de santé. Les accusations qui furent formulées alors ne me causèrent aucune inquiétude au sujet de l'avenir de la méthode, mais la pensée des agonies mentales que devaient subir les malades qui avaient déjà entrepris le traitement, ou de ceux qui étaient sur le point de venir dans ce but à Paris, me causèrent la plus profonde affliction.

« L'esprit troublé, comme beaucoup d'autres d'ailleurs à cette époque, lord Doneraile laissa s'écouler un intervalle de onze jours pleins entre le moment où les morsures avaient été faites et le commencement du traitement, lequel ne fut institué que le 24 janvier. Cet espace de temps a été perdu en hésitations et en recherches sur l'importance à accorder aux attaques passionnées de nos adversaires. Il faut ajouter que Lady Doneraile et les médecins qui nous envoyèrent son mari insistèrent pour qu'on n'appliquât que le traitement simple, et non la méthode modifiée que j'avais été amené à adopter, spécialement dans les cas de morsures graves.

« Le professeur Grancher et le docteur Roux m'aidèrent dans l'accomplissement du désir qui m'était si formellement recommandé ; plusieurs inoculations furent pratiquées, mais sans faire usage de moelles ayant séché plus de cinq jours Appliqué dans de telles conditions, le traitement n'a pu, hélas ! qu'ajourner le développement du virus rabique pendant quatre ou cinq mois.

« Permettez, Monsieur l'Éditeur, de considérer le côté scientifique de l'action, pour vous rappeler l'idée que je me suis faite de l'efficacité de la méthode.

« Si un chien est vacciné contre la rage ou après les morsures, grâce à une série d'inoculations préventives, il devient si réfractaire à la maladie qu'une quantité aussi grande que l'on voudra du virus rabique le plus intense, peut lui être injecté dans le corps, sans qu'il en résulte pour lui aucune mauvaise conséquence.

« J'ai souvent fait l'expérience suivante, qui n'a pas encore été publiée : J'ai pris un chien, je l'ai vacciné contre la rage, puis je lui ai inoculé sous la peau deux et quatre seringues de Pravaz de virus rabique frais, chaque jour pendant plusieurs mois, sans que la rage se manifestât chez lui.

« Dans ces conditions, on peut, si j'ose ainsi m'exprimer, nourrir un chien avec des quantités déterminées de la moelle la plus virulente. Ce qui revient à dire que, une fois l'état réfractaire produit, le virus rabique subit une absorption complète, absolument comme le fait un corps étranger digestible, et il est indifférent que le virus rabique soit introduit par une morsure ou une inoculation directe.

« Il ne peut y avoir aucun doute que ces faits soient également applicables à l'homme. J'en ai la preuve dans le fait suivant : une personne s'inocula accidentellement le virus d'un cobaye enragé ; aussitôt après, elle commença à appliquer un traitement préventif, qu'elle voulut continuer, surtout dans un but de curiosité scientifique, pendant plus de six mois. Elle ne subit pas moins de 209 inoculations, sans la plus légère atteinte à sa santé, qui est encore aujourd'hui parfaite.

« Elle reçut 7 inoculations de moelle de 14 jours, 10 de 13 jours, 14 de 12 jours, 12 de 11 jours, 16 de 10 jours, 12 de 9 jours, 15 de 8 jours, 12 de 7 jours, 28 de 6 jours, 12 de 5 jours, 24 de 4 jours, 6 de 3 jours, 22 de 2 jours, 19 de 1 jour. En tout, 209 inoculations.

« Cette observation montre que le virus rabique introduit par une morsure peut être tenu en échec dans le corps pendant un temps considérable, sans se multiplier et sans agir.

« Si l'on me demande pourquoi il n'est pas détruit, je suis enclin à répondre que dans ces conditions il ne disparaît pas, parce qu'il trouve partout dans l'économie des éléments de nutrition capables sinon de multiplier le virus, du moins de le maintenir vivant. Mais lorsque l'état réfractaire — état qui est opposé à toute vie latente ainsi qu'à tout développement du virus — est amené, le virus n'est autre chose qu'une substance inerte, prête à obéir aux lois naturelles de la digestion et de l'absorption qui règnent chez tous les êtres vivants.

« On ne doit pas attendre de la méthode, comme je l'ai déjà dit, qu'elle accomplisse des miracles. Tout récemment, quelques enfants qui avaient été très gravement mordus, nous furent envoyés de Lancastre. Il était certain que le chien était enragé ; ce fut, d'ailleurs, confirmé par ce fait que plusieurs animaux mordus par ce chien furent atteints de la rage.

« Voici l'histoire de l'état des enfants à leur arrivée à Paris où ils ne furent que huit jours après les morsures, bien qu'ils eussent probablement pu y être dans les quarante-huit heures.

« L. S..., âgé de 5 ans, mordu le 18 juillet, à 11 heures du matin, à l'index et au bord interne de la main droite, au bord interne du bras gauche près du coude, et au ventre près de l'ombilic. Toutes ces blessures avaient saigné et avaient été cautérisées au nitrate d'argent.

« J. P..., âgé de 2 ans et demi, mordu le 18 juillet, à 1 heure de l'après-midi, avait reçu deux morsures à l'angle interne de l'œil gauche, deux autres à la joue gauche près de l'oreille, à la joue droite, au-dessus de l'œil, une au milieu de la joue droite. Toutes ces blessures avaient saigné et avaient été lavées au bichlorure de mercure.

« A. K..., âgé de 5 ans, mordu le 18 juillet, à 1 heure de l'après-midi, avait une morsure au-dessous de l'œil gauche, deux (dont une fut suturée) à la lèvre supérieure, deux morsures à la lèvre inférieure, une sous le menton, une grave morsure à la partie postérieure de la mâchoire supérieure du côté droit. Toutes ces blessures avaient saigné et avaient été lavées avec du bichlorure de mercure.

« Le dernier cas, évidemment, était désespéré. Peut-être aurions-nous dû essayer une vaccination complète en 24 heures,

répétée ensuite plusieurs fois. L'enfant fut atteint d'hydrophobie le 24 août.

« Un espagnol vient de mourir pendant le traitement, encore dans les mêmes circonstances d'intervalle de temps avant le commencement des inoculations. Et quelles morsures il avait reçues! Trois à la tête, une de cinq centimètres de longueur, sur le pourtour du cuir chevelu, les deux autres sur le crâne; toutes trois étaient graves et saignèrent abondamment. Une quatrième morsure avait été faite au-dessus du sourcil gauche; une cinquième et une sixième, longues chacune de deux et trois centimètres, au-dessus de l'œil gauche. Les morsures furent faites le 25 juillet, et le traitement ne fut institué que le 4 août.

« Quand on pense qu'il y a des cas — rares certainement — dans lesquels la nature de la morsure rabique est telle qu'on a vu l'hydrophobie se produire neuf, douze ou quinze jours après l'accident, n'est-il pas d'une imprudence extrême, si on peut l'empêcher, de laisser s'écouler huit, quinze jours et même plus, avant que les malheureuses victimes qui ont été gravement atteintes soient soumises au traitement?

« Ne prendre que ces cas et leurs conséquences occasionnellement fatales, pour juger de la valeur de la méthode des inoculations, dénote, en vérité, un manque absolu de bonne foi.

« L'ajournement que l'on met à appliquer le traitement ne se produirait pas dans un aussi grand nombre de cas, si l'on prenait pour règle d'envoyer les malades aussitôt à Paris, quand il n'y a pas, dans leur propre pays, un institut antirabique, comme il en a été établi en Russie, en Italie, à Constantinople, à la Havane, etc.

« Il y a, il est vrai, des circonstances où le traitement s'est trouvé inefficace, même quand il a été suivi immédiatement après les morsures; mais, outre l'extrême rareté de ces cas, doit-on s'étonner que dans un tel sujet, il y ait encore des points inconnus qui semblent défier les investigations de la science?

« Il est évident que le délai qui précède l'inoculation préventive doit être un des facteurs de la mortalité après traitement. On sait, en effet, que la proportion des décès parmi les étrangers qui viennent à l'Institut anti-rabique de Paris est un peu plus élevée que celle des personnes qui ont été mordues en France.

« Pour juger la méthode de prophylaxie de la rage, vous voudrez bien remarquer que les insuccès isolés sont annoncés bruyamment, que dis-je, proclamés. Il n'y a pas à le regretter puisque cela tend à nous faire redoubler d'exactitude dans nos statistiques. Mais d'un autre côté, il semble qu'on oublie combien, parmi les centaines qui subissent le traitement, échappent à l'hydrophobie, bien que leurs blessures soient souvent très graves.

« Veuillez agréer, etc.

« L. PASTEUR. »

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

ÉLÉMENTS FIGURÉS DU SANG. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — Thèse d'agrégation, par M. G. VARIOT. — In-8 de 160 p. avec 2 planches. — Octave Doin, éditeur, Paris, 1886.

Malgré le nombre considérable de recherches provoquées par l'étude des éléments figurés du sang, les faits acquis sont loin d'être entièrement satisfaisants, hors de proportion en tous cas avec les efforts réalisés. Les anatomistes ont été ici plus mal partagés que les chimistes et les physiologistes. Tandis que les premiers discutent encore sur la morphologie des leucocytes et des hématies à l'état adulte et en particulier sur leur provenance, leur origine, leur mode de formation, les seconds ont à leur actif des découvertes, qui, pour être toutes récentes, n'en sont pas moins bien établies. L'hémoglobine, par exemple, avec ses formes cristallines diverses, son pouvoir absorbant pour l'oxygène, ses transformations, ses propriétés spectrales, est un des corps les mieux connus de la chimie biologique. Que si l'on n'est pas absolument d'accord sur sa forme moléculaire, les beaux travaux de Hoppe-Seyler ont éclairé sur ses dérivés. Et les découvertes de Magnus, de Ludwig, de Cl. Bernard, sont là pour prouver que les progrès n'ont pas été moindres dans le domaine de la physiologie proprement dite. Dans cet état de choses, l'auteur ne pouvait avoir d'autre but que d'exposer le tableau succinct de nos connaissances actuelles. S'il lui arrive chemin faisant de pencher vers telle opinion plutôt que vers telle autre, il déclare le faire sans parti pris, n'hésitant pas à citer les idées adverses avec tous les développements qu'elles comportent.

Il commence par l'étude des leucocytes. Ces éléments figurés ont-ils une enveloppe? ont-ils un noyau? Les uns disent oui, les autres disent non. Pour M. Sappey, le noyau est situé dans un dédoublement ou dans l'épaisseur de la paroi et n'a par conséquent rien de commun avec le protoplasma. Les autres corps que l'on rencontre, remplis de granulations groupées d'un côté, tandis que les noyaux sont refoulés d'un autre, sont les leucocytes de Semmer; on est tenté aujourd'hui de les regarder comme des cellules en voie de formation pour devenir des globules rouges.

Rien à dire sur la couleur, la forme, l'empilement hors des vaisseaux de ces derniers. Plus volumineux chez les ovipares que chez les vivipares, constitués par une enveloppe, un protoplasma et un noyau, ils proviennent de petits globules qui passent rapidement par la forme aplatie, ovoïde, avant d'arriver à l'état d'hématie, des globuleux en un mot, sur l'origine desquels les auteurs sont encore loin de s'entendre.

On ne connaît pas mieux dans leurs détails les rapports qui unissent les globules blancs aux globules rouges; quant à assigner tant aux uns qu'aux autres un point de départ, c'est encore plus difficile. D'après les faits observés chez les ovipares, les leucocytes ne seraient que des formes de transition aboutissant à l'hématie, et l'on sait le rôle que M. Sappey fait jouer aux globulins. Ch. Robin pensait que les mêmes corps, ainsi que la plupart des éléments anatomiques, naissaient par genèse à l'aide et aux dépens des principes immédiats du plasma sanguin, lymphatique, ou même d'autres humeurs, et refusait nettement aux organes lymphatiques la faculté d'en produire, attendu que les invertébrés n'ayant pas d'organes ou de glandes lymphatiques, ont cependant des leucocytes comme seuls éléments figurés de leur sang.

L'opinion mixte semble aujourd'hui prévaloir et les globules blancs sont considérés comme ayant des origines diverses: ils se multiplient directement dans le plasma, comme on peut le voir chez les invertébrés; ils prennent naissance dans les glandes lymphatiques, ainsi que le démontre l'observation directe et la comparaison des faits pathologiques des leucé-

mies avec hypertrophie ganglionnaire. Les hématies se régénèrent aussi dans le plasma et dans certains organes où s'effectuent leurs métamorphoses encore obscures : ces organes sont les glandes vasculaires sanguines, et la moelle des os semble devoir en être rapprochée à cet égard.

Si l'on ne possède que des données vagues sur la composition chimique des leucocytes, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit des hématies. Celles-ci renferment de l'hémoglobine, des matières albuminoïdes et de la nucléine, de la lécithine, de la cholestérine, et enfin d'autres substances minérales telles que du chlore, des acides sulfurique et phosphorique, du potassium, du sodium, des phosphates de calcium, de magnésium et quelques résidus fixes. Dans toutes les analyses, l'hémoglobine est de beaucoup l'élément prédominant et le fer se trouve être l'un de ses principes constitutifs.

C'est à l'hémoglobine que les hématies doivent la propriété de condenser et de fixer temporairement l'oxygène, pour le céder aux autres éléments anatomiques, avec lesquels ils sont mis en rapport par la circulation. Aussi la richesse du sang en hémoglobine est-elle recherchée pour donner au clinicien la mesure générale de l'activité des combustions et de la nutrition. Pour atteindre ce but, on peut avoir recours soit à des procédés chimiques, soit à des procédés optiques, et à ces derniers il convient d'ajouter celui d'Hénocque, permettant d'examiner avec le spectroscope à vision directe le sang à travers l'angle du pouce et à compter la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, procédé dont l'auteur n'avait pas encore connaissance au moment où il écrivait son travail.

Voilà tout ce que nous pouvons dire ici de l'étude de M. G. Variot. Il a su surmonter les difficultés qui se dressaient sur le passage et la complexité du sujet, et la multiplicité des opinions, faites et émises par des auteurs contemporains en contradiction formelle sur des points fondamentaux, n'étaient pas des moindres.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

La législation de l'alcool en France. — Sur la proposition du ministre des finances, une commission extra-parlementaire a été constituée audit ministère à l'effet d'étudier les réformes qu'il convient d'apporter à la législation de l'alcool, et en général au régime des boissons.

Dans le rapport adressé à l'appui de sa proposition, le ministre des finances s'exprime comme suit, en ce qui concerne le côté de la question qui touche à l'hygiène et à la santé publique.

« L'opinion se préoccupe, depuis longtemps, des dangers que fait courir à la santé publique la consommation des alcools d'industrie qui, depuis les ravages de l'oïdium et du phylloxera, se sont substitués peu à peu aux alcools de vin.

« Ces dangers ont été mis en évidence par l'enquête que le Sénat a entreprise l'année dernière sur la consommation de l'alcool en France. Le rapporteur de la commission, l'honorable M. Claude (des Vosges), a pu conclure des faits recueillis dans l'enquête que « l'alcoolisme a déjà porté le trouble dans l'économie sociale tout entière » et qu'« un certain nombre de nos départements sont menacés d'une dégénérescence rapide de la race. »

« Ce qui fait la gravité particulière du péril, c'est qu'il tient bien moins à des habitudes nouvelles, à une démoralisation quelconque de nos populations, qu'à une sorte d'empoisonnement lent et inconscient. Sans doute, sur certains points, la multiplication des débits de boissons a pris des proportions véritablement inquiétantes, mais si elles ont ce caractère, c'est surtout en raison de la nature des liquides débités.

« Il est démontré que la majeure partie des alcools impurs provient de livraisons faites en fraude. Tantôt ces alcools sont introduits dans la circulation par des bouilleurs de cru qui, abusant d'un privilège consenti par le législateur, éludent le paiement des droits; tantôt ils le sont par des expéditeurs étrangers qui, sous prétexte de « viner » leurs vins, — opération d'ailleurs interdite en France, — rehaussent le degré alcoolique des vins qu'ils importent chez nous. Dans l'un et l'autre cas, l'État est frustré de sommes considérables.

« L'intérêt du Trésor se joint donc aux prescriptions les plus impérieuses de l'hygiène pour exiger que toutes ces fraudes prennent fin et que des alcools complètement rectifiés soient seuls livrés à la consommation. »

— Les autorités législatives et exécutives du canton de Genève ont autorisé un constructeur à établir, dans les trois cimetières de la ville, des spécimens de son système de nécropoles destiné à être substitué au système d'inhumation actuellement en usage.

A l'enterrement le nouveau système substitue l'emmurement dans des compartiments qui sont très proprement établis. Il donne pleine satisfaction aux exigences de la salubrité publique ; il exclut les émanations dangereuses qui se produisent si facilement après une pluie chaude de printemps ou sous les rayons d'un ardent soleil d'été; la nécropole comprend, en effet, à sa partie supérieure, un espace isolateur pourvu de matières absorbantes et désinfectantes faisant disparaître les gaz qui se produisent pendant la décomposition. Les infiltrations par le sous-sol, qui peuvent infecter les sources et les points voisins d'un cimetière, sont également rendues impossibles, grâce au bétonnage soigné de l'espace isolateur inférieur.

— Lisbonne, 21 septembre. — L'abbé Luiz et un jeune garçon, qui avaient été mordus par une louve enragée, viennent de mourir à Cabanas, près de Porto.

L'abbé était allé à Paris se faire soigner par M. Pasteur.

Sur sept des personnes mordues par la louve une seule vit encore ; elle a suivi également le traitement de M. Pasteur. (Matin)

R. F. D.

NOUVELLES

Concours pour les bourses de doctorat. — Le Ministre de l'Instruction publique, des cultes et des beaux-arts, vient de prendre l'arrêté suivant :

Article premier. — L'ouverture du Concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre 1887.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 ; les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques ; les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec

la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire; les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4o Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire; l'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 11 AU SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1887.

Fièvre typhoïde 27. — Variole 6. — Rougeole 10. — Scarlatine 1. — Coqueluche 5. — Diphthérie, croup, 17. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 202. — Autres tuberculoses 31. — Tumeurs: Cancéreuses 67. — Autres 4. — Méningite 14. — Congestion et hémorr. cérébr. 36. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 6. — Maladies organiques du cœur 53. — Bronchite aiguë 7. — Bronchite chronique 24. — Broncho-pneumonie 18. — Pneumonie 22. — Gastro-entérite: Sein 33. — Biberon 71. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 26. — Suicides 14. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 142. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine: 893 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS:

Précis d'anthropologie, par Abel Hovelacque, professeur à l'École d'anthropologie et Georges Hervé, docteur en médecine, professeur adjoint à l'École d'anthropologie, avec 20 figures intercalées dans le texte. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine, par le docteur G. Apostoli, professeur libre de gynécologie et d'électrothérapie à l'École pratique. Une brochure gr. in-18 de 70 pages, avec figures. — Prix: 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Célibat et célibataires, par l'auteur du « Mariage », vient de paraître à la librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, en un volume in-18 de 542 pages. Analyse vivante, physiologique et psychologique de cette vie anormale des deux sexes mettant en évidence ses causes occultes, mystérieuses, ses mobiles secrets, cachés, ses avantages et ses dangers. Huit variétés en sont distinguées du plus vrai. Le célibat religieux, au plus faux, le pseudo-célibat. De là ses rapports forcés avec l'onanisme, la prostitution et le concubinage et les maladies physiques et morales en résultant. Des mesures sont indiquées pour combattre cette lèpre sociale et une hygiène spéciale pour en prévenir les conséquences.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. — N° 40 — 1er OCTOBRE 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

MÉDECINE LÉGALE.

VOLEUSES HONNÊTES.

ÉBAUCHE MÉDICO-LÉGALE, par le docteur M. LETULLE.

Ceci n'est pas un plaidoyer; ce n'est pas la défense d'une nouvelle catégorie de coupables, mais l'ébauche d'une étude psycho-pathologique qui m'a été suggérée par la connaissance de plusieurs cas bizarres de vol à l'étalage, à propos desquels il me paraît bon d'appeler l'attention du public médical.

Depuis le Mémoire du regretté Lasègue sur « Le vol aux étalages », mémoire écrit avec cette finesse d'observation et cette profondeur de pensées qui marquaient d'un sceau ineffaçable la plus courte de ses pages, il ne se passe pas de semaine où l'on ne puisse lire — dans les journaux politiques — quelque navrante histoire d'une « honnête femme arrêtée comme voleuse dans un de nos grands magasins de nouveautés »; heureux encore lorsque l'aimable rédacteur n'insiste pas sur la parenté politique de la coupable! Car, c'est un fait à noter avec soin, il s'agit toujours alors d'une femme; l'homme, on le sait, succombe à d'autres tentations de la rue qu'à celle du vol.

Lasègue (1) avait démontré, avec la précision et la largeur de vues qui faisaient sa force, que nombre de ces voleurs à l'étalage ne sont que des malades irresponsables, des *cérébraux* latents encore ou déjà reconnus. Il prouvait, observations en mains, que leur histoire pathologique ne demande qu'une enquête judicieuse pour être bien établie. En un mot, il s'agit souvent alors de voleurs tout à fait spéciaux, à demi ou totalement inconscients, mais, en tout état de cause, parfaitement *irresponsables*, ce qui est le fait capital au point de vue médico-légal.

De ces *malades*, cédant soudain à une impulsion, il n'y a, je pense, plus rien à ajouter après Lasègue. C'est d'une autre catégorie de voleuses honnêtes, bien autrement intéressantes, que je voudrais dire ici quelques mots. Il n'y a plus là de malade, au sens strict du mot; l'auteur du méfait est parfaitement sain de corps et d'esprit. Aux yeux du juge, il est donc responsable, puisqu'il est le premier à reconnaître sa culpabilité; et cependant je voudrais convaincre le lecteur que cette honnête femme qui vient de voler a cédé, sous des influences multiples que nous étudierons, à une *impulsion involontaire*, qu'elle a commis une action délirante, passagère, quoique irrésistible; en un mot *un vol à peu près inconscient* dont elle est pour ainsi dire irresponsable.

Je ne me dissimule pas ce qu'a d'ardu la tâche entreprise; aussi dois-je procéder selon une rigoureuse méthode. Je crois qu'il est bon d'apporter en premier lieu, à l'appui de la thèse que je soutiens, des faits pour aborder ensuite une discussion reposant sur des bases positives, inébranlables.

Un magistrat, de mes amis, appelé depuis de longues années, par la nature même de ses fonctions, à déceler dans leurs détails les plus secrets un grand nombre de vols à l'étalage, a bien voulu me fournir à ce sujet des documents circonstanciés. Ils m'ont paru aussi démonstratifs, aussi rigoureux que l'expérience de laboratoire la mieux conduite.

Parmi les multiples faits mis ainsi à ma disposition, et tous complétés, ai-je besoin de le dire, par un examen médico-légal parfaitement négatif au point de vue mental, je choisis les exemples les plus frappants et je les résume :

Une jeune femme de 25 ans, épouse d'un ouvrier à l'aise, veillait depuis quinze jours sa petite fille âgée de 4 ans et demi, atteinte d'une fièvre typhoïde. Le jour de Noël arrive. L'enfant demande à grands cris une poupée. La mère sort pour aller acheter le modeste jouet promis. A peine arrivée dans les grands magasins du ***, ayant avisé un superbe bébé rose et blond, coûtant beaucoup trop cher pour sa bourse, elle demeure quelque temps en extase devant ce jouet si tentant, et bientôt s'enfuit en l'emportant!... Il est bon d'ajouter que cette brave et digne femme, toute coupable qu'elle était, fût relâchée après informations et que les magasins du *** lui donnèrent même la poupée volée.

Cette observation est bien instructive, et n'était son authenticité absolue jusque dans sa morale, on la pourrait croire inventée comme à plaisir en notre faveur. Mais que dire de l'observation suivante :

Mme X..., veuve de 30 ans, arrivée la veille à Paris et descendue chez sa sœur, femme d'un officier supérieur de l'armée, vient faire, avant dîner, quelques emplettes aux magasins de ***. En passant devant une pièce de velours (un velours admirable aux reflets chatoyants!), elle s'arrête; elle le regarde, *le touche*, le fait briller, le plie et le replie si bien qu'elle ne peut résister à la tentation de l'emporter. Aussitôt arrêtée, car tous ces vols sont commis avec la plus insigne maladresse, elle est trouvée nantie d'une somme d'argent bien supérieure au prix de la pièce de velours dérobée.

Interrogée, la malheureuse femme ne sait comment expliquer

(1) *Le vol aux étalages*. Esquisse médico-légale, par le professeur Lasègue (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1880).

l'aberration mentale dans laquelle elle est tombée tout à coup. Elle est attérée et ne peut même pas se défendre du crime qu'elle vient de commettre : « Je suis une misérable, s'écrie-t-elle, comment ai-je pu voler! » Elle s'accuse elle même.

Que d'autres exemples je pourrais encore rapporter, tous plus ou moins identiques. Une dame veuve, encore jeune, qui a fait pendant de longues années l'admiration de toute une ville par la manière dont, seule, elle élevait sa nombreuse famille et dont elle administre encore actuellement une importante maison de commerce en province (son capital se chiffre par plusieurs millions), ayant acquis par son travail une situation des plus honorables, entre un jour à Paris, dans une de ces maisons de nouveautés et en sort volense. Elle avait dans sa bourse cent fois la valeur des menus objets dérobés!

Que dire encore de cette jeune fille parisienne, âgée de 20 ans, bien élevée, riche, qui est surprise volant une paire de gants et un miroir? On la fouille et l'on trouve sur elle un millier de francs. Et cette femme du meilleur monde, d'une éducation parfaite, comtesse authentique, que l'on arrête en train de dissimuler dans sa robe un coupon de dentelle pendant que son mari et ses jeunes filles l'attendent à la porte, dans leur voiture, pour rentrer dîner en famille à leur hôtel!

Les exemples sont trop nombreux à la fois et trop semblables les uns aux autres, monotones à force d'être à peu près identiques, pour ne pas comporter en eux-mêmes une explication capable de satisfaire l'observateur et le médecin. Soumises à l'analyse, toutes ces observations se résument en ceci : une femme, honnête, saine d'esprit et de corps, succombe maladroitement à une impulsion irraisonnée, à l'*instinct du vol*. Les conditions qui accompagnent cette action coupable sont, d'ordinaire, telles qu'il est aisé à la délinquante de démontrer qu'elle n'avait aucun intérêt à commettre ce vol et, souvent, qu'elle avait parfaitement les moyens de faire, sur-le-champ, l'achat de l'objet dérobé. Il y a donc là une aberration morale, un trouble psychique bien particulier, sans aucun doute, et j'espère le démontrer.

Mais, au préalable, poursuivons l'enquête, afin d'avoir en mains toutes les données du problème délicat que nous avons à résoudre. Le vol a été commis par une femme honnête qui n'y avait aucun intérêt. Dans quel milieu a-t-elle donc été amenée à tenter cet acte coupable? Ceci est un point intéressant et qui ne manque pas d'importance.

C'est invariablement dans un de ces grands bazars de vente qui attirent tant la foule non seulement par la modicité, plus ou moins discutable, de leurs prix de vente, mais encore par la multiplicité incalculable d'objets de toutes sortes, surtout d'objets de luxe qu'ils offrent à la convoitise féminine.

Il suffit d'entrer une fois dans un de ces temples consacrés au dieu du commerce pour être étonné des calculs savants et des adroites combinaisons employés par ces industriels afin de mettre en valeur et de bien offrir leurs marchandises. Là est le danger pour certaines personnes, et, qu'on me passe l'expression, pour certaines *têtes faibles*, incapables de résister au caprice d'une emplette inutile. Les yeux des clients, leurs mains, sont sollicités à chaque pas par les tissus, les étoffes brillantes, les objets de mince valeur à côté des objets les plus précieux. Et le marchand compte bien sur cette tentation mille fois variée, sur cette attraction incessante, qui forcera la femme la plus raisonnable à vider sa bourse jusqu'au dernier centime et même au delà (crédit n'est-il pas fait pour certains modes d'achat?); elle n'était venue cependant que pour une paire de gants ou même uniquement afin de *voir* les nouveautés. Eh bien! elle a vu, et, ayant vu, elle a été tentée et elle a cédé à la tentation. Si j'osais, je dirais que c'est le *premier degré*; la forme bienséante, encore à peu près raisonnable, d'un état spécial de l'esprit qu'on appelle la *convoitise*. Pur instinct chez les êtres inférieurs et même chez l'enfant, le désir de s'approprier les objets environnants, réglementé chez l'homme par l'éducation et par la raison, est devenu la base même des transactions commerciales.

Cet *instinct d'appropriation*, réfréné par les lois humaines, contraire au libre exercice des droits sociaux, se nomme l'*instinct du vol*. L'homme apporte innée la tendance au vol, et l'on peut dire, sans exagération, que tout enfant a en lui l'étoffe d'un voleur bien plus sûrement que d'un héros. Peu à peu la culture intellectuelle et morale de ces jeunes êtres naissant à la vie sociale éteint ou modère leurs appétits instinctifs, ces germes de tous nos vices, et assure une riche moisson d'honnêtes gens.

A ce point de vue spécial, certaines femmes restent *enfants* toute leur vie. Elles conservent indéfiniment, parfois jusqu'à l'âge le plus avancé, l'esprit faible et capricieux, le caractère versatile, impressionnable, irraisonnable, qu'elles avaient dans leur première jeunesse; toutes de sentiments, elles redeviennent, à certaines heures et sous des influences très diverses, toutes de sensations. Peut-on dire qu'il y ait là quelque chose de pathologique? Nullement; mais l'on doit affirmer sans crainte que ces intelligences ingrates côtoient sans cesse le terrain de la neuro-pathologie; à toute heure un rien risque de les y faire verser. Qu'un mauvais sentiment, qu'un instinct vicieux, celui du vol par exemple, se réveille tout à coup dans ce cerveau mal équilibré, et brusquement la situation devient grave. Le cas s'est présenté, je crois, et s'offrira encore, pour un certain nombre de ces honnêtes femmes dont nous parlons, devenues soudain, presque inconsciemment, voleuses à l'étalage.

Ici la pathogénie du trouble psychologique ne me paraît pas extrêmement difficile à esquisser. Quand on interroge ces malheureuses, alors que l'affolement causé par le scandale s'est un peu calmé, et qu'on leur demande comment une pareille idée criminelle a pu germer en elles, elles répondent toutes invariablement de la même façon : « Il m'est impossible de dire ce qui s'est passé en moi; la *tentation* a été « plus forte que moi! Je ne sais pas ce qui s'est produit, « mais j'ai pris cet objet et je l'ai caché!... » Cruelle analyse que celle des impressions successives dans lesquelles leur esprit a passé, mais que certaines d'entre elles sont parvenues à faire, plus tard, une fois l'affaire éteinte et leur honneur sauvé; elle voit, en passant, un objet qui attire son attention, coupon de soie, de velours ou dentelles, objet de toilette, peu importe; il est joli, il lui plaît; elle n'en a cependant pas besoin, l'acheter serait pure folie. Elle le regarde cependant, le touche, le tourne et le retourne, le repose et elle s'en va; mais elle revient le voir et l'admirer, ou bien elle est restée, le gardant à la main, hésitante, se disant qu'elle ne doit pas l'acheter...

Au milieu du bruit, du va-et-vient, personne ne s'occupe d'elle, et d'ailleurs n'est-ce pas le jeu du marchand d'entretenir ces désirs, de solliciter ces envies d'avoir à soi les choses qui plaisent? La température de la salle est élevée; l'air confiné,

pesant, est chargé d'odeurs les plus diverses et de parfums : la tête lui tourne, le *vertige du vol* la prend, l'idée impulsive est née. Qu'elle lutte, qu'elle revienne à elle et l'honneur est sauf ; mais qui sait si, dans ces cerveaux faibles, le délire ainsi partiel et temporaire qui se développe n'annihile pas déjà, dans ce moment pathétique, tout courage et toute volonté ? En un instant l'objet de sa convoitise est saisi et, d'une main aussi maladroite qu'inexpérimentée, caché sous le vêtement. Mais, aussitôt l'acte accompli, le délire cesse (l'instinct est satisfait !) et la raison en revenant chasse la malheureuse affolée dans la rue où elle est cueillie, au bout de quelques pas, par l'agent de police qui la surveillait et qui l'a vue dérober.

Voleuse ! elle l'est, la pauvre femme, oui vraiment ; qui pourrait y contredire ? Et les honorables commerçants qui, forts de leur droit, réclament de la police correctionnelle une éclatante punition, sont dans leur rôle d'honnêtes marchands volés. Mais, en toute justice, quand, après informations minutieuses, on sait pertinemment que cette voleuse était, il n'y a qu'un instant encore, une parfaite honnête femme, incapable d'une mauvaise action et ayant toujours eu une existence morale exemplaire, le philosophe et le médecin hésitent à la déclarer coupable, et ils cherchent à expliquer cet *acte de folie*.

N'y a-t-il pas dans la vie morale de tout honnête homme des moments d'hésitation où l'âme la plus droite chancelle, sorte de vertige pendant lequel *ce qui serait mal* et *ce qui est bien* paraissent comme à peu près confondus ? Il faut admettre, à mon humble avis, pour les cerveaux féminins dont nous nous occupons, un état transitoire, favorisé peut-être par la période menstruelle, état de demi-démence, pendant lequel les idées instinctives se réveillant sous l'influence d'une violente sollicitation des sens immobilisent la conscience et la volonté. Ainsi se trouve créé, sous le coup de l'instinct d'appropriation, un véritable délire passager, vertige impulsif que j'appellerais *vertige cleptomaniaque* s'il lui fallait donner un nom, cause déterminante, cause unique de tous les drames dont on connaît aujourd'hui l'inépuisable série.

Dans ces conditions, le vol a été, à proprement parler, inconscient : acte impulsif, véritable réflexe d'origine cérébrale, puisqu'il est né d'une idée instinctive involontaire, il relève de la pathologie mentale et non des tribunaux.

Faut-il conclure que de cet état mental accidentel découle pour l'auteur du délit une complète irresponsabilité ? Certes, au nom d'une saine morale, il faut plaindre et non condamner ces malheureuses femmes, à demi névrosées, *presque cérébrales*, qui n'ont pu résister à une impulsion cleptomaniaque tout accidentelle. La raison ne sait pas lutter longtemps dans ces pauvres têtes ; elle est trop facilement vaincue par les instincts et par les aberrations névrosiques. Toutefois, il faut tenir compte d'une morale restreinte, de la morale de l'intérêt ; le marchand frustré réclame, il faut punir. Ce qui à nos yeux est une maladie, un accès, est, pour ce qu'on nomme le grand public, un vol commis sous le coup d'un désir, avec l'idée préconçue de prendre sans payer.

Punissez donc, puisqu'il faut punir toute faute, même inconsciente. Mais morigénez, grondez sévèrement ces *enfants* insensés qui n'ont pas su se défendre de leur ardente convoitise ; menacez-les, ne les déshonorez pas. N'allez pas frapper derrière eux leur famille innocente et irresponsable.

Aussi, pour éviter ces chutes, demandez aux industriels volés, mais tentateurs, de restreindre, s'ils ne peuvent les supprimer, leurs innombrables tentations. S'il faut qu'il y ait des victimes, que les *voleuses honnêtes* ne paient pas au prix de leur honneur la faute de s'être jetées follement dans les filets que leur tendait le Dieu du commerce. Que MM. les commerçants fassent moins d'étalages et qu'ils ne laissent pas si facilement *toucher* à leurs marchandises ; qu'ils le sachent bien et ne l'oublient pas, le jour où ils le voudront, les femmes honnêtes ne les voleront plus.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Kyste de la trompe gauche, fixé dans le petit bassin par des brides péritonéales et comprimant la vessie et l'uretère gauche. — Cystite et urétéro-pyélite ascendante. — Mort. — Autopsie. — Observation recueillie dans le service de M. Guyon par M. Guillet, interne des hôpitaux.

La nommée B... (Constance) âgée de 34 ans, journalière, entre le 20 juillet 1887, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, no 7, service de M. Guyon.

Depuis quelque temps, cette malade ressentait des douleurs dans le bas-ventre et éprouvait de la difficulté à uriner ; toutefois cette gêne de la miction et ces douleurs ne l'empêchaient pas d'exercer le métier pénible de porteuse de pain et sa santé générale ne semblait pas s'en ressentir, lorsqu'il y a huit jours elle éprouva une violente douleur dans le ventre et remarqua qu'une tumeur faisait issue par la vulve. Depuis ce moment, les douleurs ont persisté plus violentes qu'avant et les troubles de la miction ont augmenté ; la malade a des envies incessantes d'uriner et perd continuellement ses urines. C'est pour ces accidents qu'elle se décide à entrer à l'hôpital Necker ; elle est reçue d'abord dans un service de médecine, où l'on constate une rectocèle et une cystocèle vaginales, accompagnées de rétention d'urine.

Le cathétérisme est pratiqué à plusieurs reprises ; mais, comme l'état de la malade s'aggrave, on la fait passer en chirurgie dans le service de M. le professeur Guyon.

Etat de la malade à son entrée. — Ses antécédents personnels et héréditaires sont bons ; elle raconte qu'elle a fait une fausse couche, il y a deux ou trois ans, mais cet avortement n'eut pas de suites fâcheuses.

Les douleurs que la malade éprouve dans le bas-ventre attirent tout d'abord l'attention de ce côté ; l'hypogastre est tuméfié, et l'on reconnaît aisément que cette tuméfaction est constituée par la vessie, qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Le cathétérisme donne issue à une grande quantité d'urine à odeur ammoniacale. Cette opération est pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, et une certaine quantité de solution boriquée est injectée dans le réservoir urinaire.

L'examen de la vulve fait constater une cystocèle peu prononcée et une rectocèle très accusée ; la réduction de ces hernies s'obtient facilement ; mais l'issue de ces organes se reproduit presque aussitôt sous l'influence du moindre effort, même lorsque la malade garde la position couchée. La vulve, cependant, n'est nullement déformée ; la fourchette est intacte, ce qui se comprend, la malade n'ayant point eu d'enfants.

Le toucher vaginal permet de reconnaître que les parois du vagin, quoique affaissées, présentent encore une certaine résistance : la vessie est très dilatée et douloureuse à la pression ; l'utérus n'a pas de volume exagéré, il a conservé sa mobilité, mais il est un peu remonté. Dans le cul-de-sac postérieur, l'on sent une sorte de tuméfaction peu nette, peu résistante, légèrement douloureuse, indépendante de la matrice et très appréciable au toucher rectal.

La pression au niveau du rein gauche est douloureuse, ainsi que sur le trajet de l'uretère correspondant. Du côté droit, rien à noter.

L'état général est mauvais : langue sèche, inappétence, fièvre, T. 39o.

Sulfate de quinine. Sinapismes sur les reins.

Dans les jours qui suivirent, l'état général devint de plus en plus mauvais, malgré les cathétérismes antiseptiques, et la malade succomba le 28 juillet 1887, ayant présenté des symptômes de cystite avec urétéro-pyélite ascendante du côté gauche.

Il s'agissait de déterminer la cause de cette affection. Or, l'existence d'une cystocèle et d'une rectocèle très accentuée, chez une malade dont la vulve était intacte et qui n'avait point eu d'enfant, avait tout d'abord attiré notre attention : le toucher vaginal et le toucher rectal, en faisant reconnaître l'existence d'une tumeur du petit bassin, expliquaient ce symptôme. Mais quelle était la nature de cette tumeur? Était-ce un fibrome utérin? Non, car la consistance de la tumeur n'était point celle d'un fibrome ; elle ne présentait aucune connexion avec l'utérus. Avait-on affaire à une péritonite enkystée ou à une hématocèle? Les antécédents de la malade ne permettaient pas d'admettre ce diagnostic. L'hypothèse d'un kyste de l'ovaire, inclus dans le petit bassin, était beaucoup plus plausible; toutefois, le diagnostic resta hésitant jusqu'à la mort de la malade.

L'autopsie nous fit reconnaître que la cause de ces lésions était un kyste de la trompe gauche.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvâmes, en effet, dans le petit bassin, derrière la vessie, qu'il comprimait fortement ainsi que l'uretère gauche, un kyste présentant le volume des deux poings et une forme ovoïde, à grosse extrémité, dirigée en bas, remplissant la concavité du sacrum. Ce kyste était fixé par des brides péritonéales, au nombre de 2 ou 3, qui, partant de la face postérieure de la vessie, passaient au-dessus de lui en sautoir et venaient se perdre en arrière sur le péritoine du petit bassin, du côté du rectum; ces brides étaient peu résistantes. C'était évidemment à elles qu'il fallait attribuer l'inclusion du kyste dans le petit bassin; car, dès que nous les eûmes rompues avec le doigt, la tumeur remonta d'elle-même dans l'abdomen.

Ce kyste présentait une surface extérieure lisse; il était appendu à l'extrémité externe de la trompe gauche et se trouvait situé au-dessus de l'ovaire et du ligament large correspondants qui étaient sains et totalement indépendants de la tumeur. Par l'incision, il s'écoula une certaine quantité de liquide transparent, clair comme de l'eau de roche, non visqueux. Ses parois étaient minces et paraissaient constituées par du tissu fibreux revêtu d'une couche péritonéale; il n'y avait qu'une seule loge, et la surface interne était lisse, unie, sans aucune végétation. Ce kyste semblait avoir pris naissance au niveau du pavillon de la trompe; car, à son extrémité interne, on constatait l'orifice de celle-ci dans laquelle on pouvait introduire un stylet fin jusque vers l'utérus. D'ailleurs, la trompe ne présentait aucune modification dans le reste de son trajet.

Au-dessous du kyste se trouvait l'ovaire gauche parfaitement sain.

Du côté opposé, l'ovaire et la trompe avaient leur aspect normal; l'utérus n'était point augmenté de volume.

La vessie était énorme, très dilatée ; sa surface interne était recouverte de fausses membranes agglomérées en petits flocons grisâtres, qui se détachaient aisément; elle était très vascularisée et présentait des parois très hypertrophiées.

L'uretère gauche était très épaissi, dilaté, ecchymotique ; on n'y trouvait point de rétrécissement appréciable.

Le bassinet était dilaté, rougeâtre, et le rein, de volume normal, offrait les caractères de l'infiltration purulente.

L'uretère et le rein droits présentaient des altérations identiques, mais bien moins accentuées.

La muqueuse rectale était très congestionnée.

Rien dans les autres organes.

Cette autopsie nous expliquait les symptômes observés pendant la vie de la malade : le kyste de la trompe, maintenu dans le petit bassin par les brides péritonéales, avait comprimé la vessie et l'uretère gauche et déterminé de la rétention d'urine, suivie bientôt (peut être sous l'influence des cathétérismes répétés), d'accidents de cystite et d'urétéro-pyélite ascendante. L'hypertrophie des parois vésicales et des uretères indiquaient la lutte que ces organes avaient eu à livrer contre l'obstacle à l'émission de l'urine.

Il est certain qu'il eût été très facile de pratiquer l'ablation du kyste, cause de tous ces accidents; mais le diagnostic avait été hésitant et, au moment où nous avons vu la malade, des symptômes généraux graves étaient survenus qui écartaient toute idée d'intervention chirurgicale.

REVUE SPÉCIALE

Maladies des voies urinaires

Des urétérites et de l'exploration des uretères, par le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 38 et 39.

Dans la plupart des cas, on trouve enflammée la portion vésicale de l'uretère, quoique généralement à un degré moindre ; à ce niveau existe une lésion des plus importantes : c'est la dilatation de l'embouchure urétérale. Au point de vue pathogénique, celle-ci, aux yeux de quelques auteurs, dominerait la scène et serait une condition nécessaire pour produire la dilatation et l'inflammation. J.-L. Petit, qui a émis cette théorie, non exclusivement il est vrai, a reconnu en même temps que la simple accumulation de l'urine dans les uretères, quand la vessie est trop distendue, suffit pour dilater le conduit, sans que l'embouchure y participe nécessairement. C'est évidemment à cette dernière manière de voir que conduit un examen attentif des observations et des pièces. M. Hallé en trouve la preuve dans les modifications de la miction. La stase urétérale, en effet, a souvent lieu dans le cours d'un rétrécissement, d'une hypertrophie prostatique, mais aussi — et ce fait est moins connu — dans les cas de cystite douloureuse intense où la dysurie est le symptôme dominant. Une vessie irritable, se contractant avec énergie sur une petite quantité d'urine, produit une tension aussi forte que l'accumulation d'une grande masse liquide dans une vessie distendue. La forçure du méat urétéral est alors tout à fait secondaire, et si on la rencontre dans un certain nombre de cas, on peut à juste titre la considérer comme un phénomène accessoire et indiquant généralement une période avancée de la maladie.

Les résultats de l'inflammation ne sont pas, on l'a vu, les mêmes dans tous les cas, et deux groupes de lésions sont nettement isolés par M. Hallé. Dans les cas où les uretères sont très dilatés et moniliformes, la périurétérite se montre à un faible degré ; aussi les conduits plus ou moins rapidement forcés sont-ils entourés sur certains points par des filaments de tissu cellulaire ou autres qui forment des brides déterminant les flexuosités. Des adhérences s'établissent bientôt entre

les deux points adossés de la face externe de la paroi et le pli valvulaire est constitué.

L'autre forme d'urétérite est d'une interprétation plus facile, et elle répond au type classique de l'inflammation des conduits muqueux : épaississement des parois, érosion et ulcération de la muqueuse à certains endroits, adhérences par places et plus tard rétrécissement fibreux plus ou moins serré. Il y a une certaine analogie entre ce processus et celui du rétrécissement de l'urèthre, rapprochement qui est d'autant plus remarquable que la blennorrhagie est une cause souvent signalée d'urétérite.

Dès lors, la dilatation en amont devient facile à expliquer ; la stase se produit d'autant plus facilement que la tension qui existe à l'état normal est très faible. Les changements apportés à la disposition des fibres musculaires par la dilatation gênent encore le cheminement régulier de l'urine qui s'accumule dans les poches entre les brides et les rétrécissements. Ainsi se forme une vaste surface suppurante anfractueuse, sécrétant un pus épais dont la quantité s'explique par l'étendue même de cette surface et qui se déverse par des décharges successives, influencées par plusieurs circonstances et en particulier par la position.

Nous dirons peu de choses des altérations concomitantes du rein : la dilatation des uretères et du bassinet est certainement la cause principale et dominante de la raréfaction du tissu rénal et de la néphrite interstitielle, lésion peut-être encore accélérée dans sa marche par la présence d'un agent infectieux. Mais, dans certains cas, la dilatation est peu avancée, et cependant on trouve le rein remplacé par une masse fibro-lipomateuse. Dans plusieurs pièces, M. Hallé fait observer que de grosses branches artérielles sont englobées et comprimées par du tissu altéré et que la diminution de l'afflux du sang peut contribuer à l'atrophie de la glande.

Nous passerons sous silence toutes les *causes* banales telles que les inflammations vésicale, uréthrale, etc., qui ont secondairement produit la suppuration du bassinet, pour étudier avec plus de soin les urétéro-pyélites consécutives à une lésion utérine ou périutérine. Les relations qui existent entre l'appareil génital de la femme et l'appareil urinaire ont souvent donné lieu à un retentissement morbide. Ainsi les accidents rénaux et urétéraux consécutifs à des compressions exercées par des tumeurs utérines ont fait l'objet de nombreuses monographies. Moins connues sont les inflammations urétérale et rénale d'origine génitale. Elles paraissent peu fréquentes, si on en juge par le petit nombre d'observations que M. Hallé en a pu réunir. Nous sommes cependant convaincus que c'est la cause assez commune d'urétéro-pyélites, mais que celles-ci ont souvent échappé aux observateurs dont l'attention n'était pas attirée de ce côté.

Combien ne rencontre-t-on pas de lymphangites ou de phlébites utérines ? Or, l'uretère englobé à sa partie médiane et terminale dans le faisceau vasculaire utérin ne doit-il pas bien souvent être envahi par le processus inflammatoire. De même a déchirure du col, une compression violente ou prolonrée par le passage de la tête fœtale, peut occasionner des contusions ou des traumatismes importants de certaines portions de l'uretère.

Il en aurait été de même, suivant M. Richelot, après certaines hystérectomies vaginales, qui auraient déterminé une lésion de l'uretère ; quelque temps après cette opération, des douleurs pelviennes et lombaires se seraient montrées et auraient fait craindre le développement de lésions urétérales ou rénales. Enfin, lorsqu'un cancer utérin a envahi les uretères, en dehors des lésions dues à la compression qu'on a maintes fois décrites, il existe des urétéro-pyélites simples *inflammatoires* amenant le développement de tumeurs rénales liquides susceptibles d'atteindre une capacité de deux litres et plus.

Nous serons très bref sur l'exposé des *symptômes* qu'on trouve en général bien décrits dans les auteurs. Le début est insidieux, au moins dans la forme ascendante qui, toujours secondaire, est masquée tout d'abord par l'affection primitive. Deux symptômes permettent d'arriver au diagnostic dès le début : la fièvre et la douleur rénale. Tantôt la fièvre s'installe lentement, comme dans les cas chroniques où l'élévation thermique est graduelle et peu bruyante ; tantôt elle s'annonce par un frisson, circonstance qui se produit lorsqu'une cause bien nette, telle qu'un refroidissement ou un cathétérisme est venu en précipiter l'invasion.

Un symptôme qui domine le tableau clinique de la maladie à la période d'état est la *pyurie*. M. le professeur Guyon a insisté depuis longtemps sur l'abondance de la sécrétion purulente, et il a familièrement désigné ces malades affectés de pyélite sous le nom de *« pisseurs de pus »*.

L'excrétion du pus offre une intermittence remarquable ; parfois les urines sont presque claires ou même tout à fait limpides : le lendemain on trouvera au fond du vase une couche de pus qui peut atteindre le tiers ou la moitié du liquide total.

Un fait non moins curieux est l'opposition qui existe entre l'état général des malades et cet aspect des urines. Lorsque celles-ci restent troubles et chargées de pus, les douleurs rénales sont peu intenses, la température peu élevée. Les urines deviennent-elles limpides, des douleurs plus ou moins violentes apparaissent, la fièvre s'allume, l'état général s'aggrave, jusqu'à ce qu'une décharge vienne permettre l'évacuation du pus.

En effet, il importe d'explorer en même temps la région rénale. La douleur est un signe précieux ; quelquefois spontanée, elle présente une augmentation au moment des poussées aiguës où la fièvre s'accroît.

De peu de valeur diagnostique quand il s'agit de pyélite sans rétention, dans les cas de pyonéphrose, elle est à rechercher avec soin, car elle est symptomatique de la distension du bassinet. Il est difficile parfois d'établir une distinction entre cette douleur inflammatoire et les névralgies lombo-abdominales, réflexes nés d'une affection de la vessie ou du rein. La douleur spontanée affecte cependant un caractère différent : elle est plus profonde et consiste souvent en une sensation de pesanteur.

La douleur provoquée n'est en général utile à enregistrer que dans les cas aigus ou de poussées aiguës. Dans les cas chroniques, elle est faible. Aussi, lorsque en présence d'un cas de ce genre, la douleur aura acquis une intensité notable, sera-t-on en droit de supposer l'existence d'une pyélite calculeuse.

Plus importante est la recherche de la tumeur rénale : parfois facilement appréciable à la moindre palpation de l'abdomen, on doit, pour la découvrir quand elle est de petit volume, employer la palpation lombo-abdominale avec les deux mains combinées embrassant toute l'épaisseur du flanc. Mieux encore, on devra rechercher le *ballottement rénal*, suivant l'expression de M. le professeur Guyon. Une main déprime légè-

rement l'abdomen, tandis que deux doigts de l'autre main, placés entre la dernière côte et la crête iliaque, renvoient en avant, à l'aide de petites secousses, la tumeur rénale qui vient heurter la main antérieure.

A cette exploration du rein doit s'ajouter celle de l'uretère. M. Tourneur, dans sa thèse, nous donne le procédé par lequel M. Le Dentu parvient à sentir nettement ce conduit à travers la paroi de l'abdomen. C'est surtout au niveau du détroit supérieur qu'il faut aller le rechercher. En déprimant les parties molles, on laisse successivement échapper sous les doigts divers organes; puis on sent un cordon dur, profond, allongé, donnant une sensation bien différente de celle que fournit la compression des autres viscères, et qui se continue avec la tumeur rénale. A défaut de tuméfaction, la sensibilité sur ce trajet indiquera la nature de l'organe rencontré.

(A suivre).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Suite. — Voir le numéro précédent.

V. SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HYOSCINE, par le professeur ERB (*Therapeutische Monatshefte*, juillet 1887). — V. SUR L'EMPLOI DE L'HYDRATE D'AMYLÈNE COMME MÉDICAMENT SOMNIFÈRE, par VON MERING (*Ibidem*). — VI. LA VALEUR CLINIQUE DU SULFATE DE SPARTÉINE, par le docteur PRIOR (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, nº 36, p. 661). — VII. SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS DE SEIGLE ERGOTÉ DANS CERTAINES FORMES DE MALADIES DU CŒUR, par le professeur ROSENBACH (*Ibidem*, 1887, nº 34, p. 627).

IV. Il a été rendu compte dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES (1887, nº 13, p. 114, et nº 18, p. 159) de deux communications sur les effets physiologiques et les propriétés thérapeutiques de l'hyoscine, faites à la Société de biologie, la première par MM. E. Gley et P. Rondeau, la seconde par MM. A. Mairet et Combemale. Nous ne reviendrons pas en détails sur les résultats énoncés dans ces deux communications, nous nous contenterons de rappeler que l'une et l'autre ont fait ressortir l'action mydriatique et le pouvoir somnifère de l'hyoscine. Or, il s'agissait de résultats obtenus surtout dans des expériences de laboratoire. Le professeur ERB a fait avec l'hyoscine (chlorhydrate, hromhydrate et iodhydrate), des expériences cliniques qui témoignent de la possibilité de faire servir l'action somnifère de cet alcaloïde à des applications thérapeutiques. Le médicament a été administré à doses tres faibles, par décimilligrammes (de 2 à 8) et le plus souvent par la voie sous-cutanée. M. Erb prescrivait :

Rec. Chlorhydrate (ou bromhydrate, ou iodhydrate) d'hyoscine........	5 milligr.
Eau distillée....................	10 grammes.

M. Pour injections sous-cutanées. Dose : injecter en une séance la valeur d'une demie ou d'une seringue de Pravaz.

Ou encore :

Rec. Chlorhydrate (ou hromhydrate, ou iodhydrate) d'hyoscine.......	1 à 2 centigr.
Eau distillée....................	70 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 —

M. Pour l'usage interne. Dose : une ou deux cuillerées à thé par jour, chaque cuillerée correspondant à 5 décimilligrammes ou à 1 milligramme de sel d'hyoscine.

Voici maintenant les effets constatés à la suite de l'administration de l'hyoscine :

Dans beaucoup de cas, il y a eu des modifications du côté de la pupille—mydriase, défaut de réaction à la lumière; troubles de l'accomodation—avec une durée plus ou moins longue. Chez quelques malades, l'injection de la face et une sensation de chaleur à la tête traduisaient l'action de la substance médicamenteuse sur les nerfs vaso-moteurs. Chez presque tous, la médication a produit de la sécheresse de la bouche et de l'arrière-gorge ; la sécrétion sudorale était diminuée, comme à la suite de l'administration de l'atropine. Chez beaucoup de malades, l'effet somnifère de l'hyoscine s'est manifesté de la façon la plus nette. A titre de narcotique, l'hyoscine a été administrée avec un plein succès à un neurasthénique en proie à l'hypochondrie, et qui de plus était sous le coup d'une insomnie contre laquelle on avait en recours inutilement à la morphine, au bromure de potassium, à l'uréthane, au chloral, à la paraldéhyde; l'hyoscine, injectée sous la peau, à la dose de 5 à 7 décimilligrammes procurait, à cet homme un sommeil calme et réparateur, de six à huit heures de durée.

La même médication a donné également des succès relatifs dans des cas de paralysie agitante; le tremblement était supprimé ou atténué pendant quelques heures. L'effet, bien entendu, était purement palliatif. Les malades n'en accusaient pas moins un soulagement considérable, qui persistait quelquefois pendant douze heures. Ils pouvaient alors se servir de nouveau de leurs mains pour manger, pour s'habiller sans l'assistance d'autrui. Chez un malade, la médication a produit une rémission de longue durée.

V. Nous avons rendu compte, dans un des derniers numéros du JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES (nº 38, p. 363), d'une communication de M. VON MERING sur un nouveau médicament somnifère, l'hydrate d'amylène; nous avons reproduit une formule indiquée par l'auteur pour l'administration de l'hydrate d'amylène *per os*. Voici d'autres formules empruntées à un autre travail de M. von Mering sur le même sujet. Quand il y a indication à recourir à l'administration du médicament par la voie rectale, ce médecin prescrit :

Hydrate d'amylène......	5 grammes.
Eau distillée...	50 —
Mucilage de gomme....	20 —

M. — A donner en lavement.

D'autre part, M. von Mering fait savoir que l'hydrate d'amylène réussit moins bien contre l'insomnie entretenue par des douleurs, qu'il faut alors associer à ce médicament le chlorhydrate de morphine; en diminuant un peu la dose d'hydrate d'amylène.

VI. Les résultats des expériences cliniques faites par M. PRIOR avec le sulfate de spartéine ont été résumés par l'auteur sous forme de conclusions dont voici la substance :

Il peut arriver exceptionnellement (1 fois sur 4 expériences) que la spartéine active la sécrétion urinaire chez l'homme sain, sans que pour cela l'état de la circulation subisse une modification appréciable.

La question de savoir si, comme l'a prétendu Leo (1), l'ac-

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE. 1887, no 3, p. 31.

tion diurétique de la spartéine est imputable à une influence favorable exercée par le médicament sur l'épithélium des reins, cette question est encore à résoudre. Toutefois, il y a de bonnes raisons d'admettre que l'action diurétique est due en partie à l'influence de la spartéine sur le cœur; en effet, les observations de M. Prior démontrent, à n'en pas douter, que le sulfate de spartéine influence la pression intra-vasculaire (ce qui a été contesté, par Leo, entre autres).

La spartéine a produit des effets favorables dans les formes les plus diverses d'affections cardiaques; toutefois ces effets ont fait défaut dans un grand nombre de cas, principalement dans ceux où il existait une affection du myocarde. L'efficacité du médicament a été constatée surtout dans les cas de lésion valvulaire avec rupture de la compensation.

Cette efficacité se manifeste deux ou trois heures après l'administration du médicament; elle se dissipe, en général, au bout de quelques heures, parfois seulement au bout de trois jours.

Ainsi qu'il a été noté dans deux observations, la régularité des contractions cardiaques peut se maintenir pendant longtemps, une fois qu'on a réussi avec la spartéine à venir à bout de la rupture de la compensation.

Quand la sécrétion urinaire est amoindrie par suite d'un trouble de l'activité cardiaque, l'effet de la spartéine sur le cœur (régularisation) et l'effet diurétique marchent de pair; consécutivement, on voit disparaître les œdèmes et les épanchements dans les séreuses.

La fréquence du pouls diminue, et en même temps la pression intra-vasculaire se relève.

Dans les cas où la spartéine n'a pas remédié au trouble de l'activité cardiaque, on n'en a pas moins observé une atténuation de la dyspnée et de la sensation de constriction thoracique.

Une influence salutaire de la spartéine sur l'asthme bronchique n'a pas été constatée (M. Leo avait observé le contraire chez un de ses malades).

Des effets fâcheux consécutifs à l'administration du sulfate de spartéine n'ont été observés que chez un seul malade, à la suite d'une dose totale de 2 grammes en deux jours (arythmie, dyspnée, nausées, vertige, faiblesse des jambes).

Les doses indiquées par Voigt — (1 décigramme *pro die* par prises de 0,02) — sont trop faibles. Des effets thérapeutiques n'ont été obtenus qu'autant qu'on prescrivait d'emblée 1 décigramme, dose que, dans certains cas, il a fallu porter à 2 décigrammes, et qui était répétée plusieurs fois par jour. Sur ce point, les observations de l'auteur concordent avec celles de G. Sée et de Leo.

En prescrivant des doses plus élevées, on s'expose à courir à l'encontre du but, à augmenter l'irrégularité du cœur ; mais cette arythmie artificielle dure tout au plus dix ou douze heures.

Une action cumulative du médicament n'est pas à craindre.

En définitive, M. Prior considère que l'administration du sulfate de spartéine est indiquée : dans tous les cas d'affections du cœur où la digitale, — qui reste le médicament cardiaque souverain, — refuse ses services ou ne peut être prescrit pour une raison ou une autre ; lorsqu'il s'agit de relever ou de régulariser les contractions du cœur dans le plus bref délai possible ; dans les attaques sténo-cardiaques (asystolie), où le médicament produit des effets favorables alors même qu'il n'influence pas le rythme du cœur ; enfin, dans toutes les circonstances où il y a lieu de pousser aux urines. Dans l'asthme bronchique, l'efficacité du médicament est douteuse.

VII. M. Rosenbach pose en fait qu'entre toutes les variétés de lésions organiques du cœur l'insuffisance aortique est celle qui engendre le moins de conséquences fâcheuses apparentes, tant que la compensation est assurée, mais qu'une fois la compensation rompue, la terminaison fatale, dans la plupart des cas, survient à brève échéance. Si, en pareilles circonstances, les choses prennent très rapidement fâcheuse tournure, la raison en est, à l'idée de M. Rosenbach, que le médicament par excellence, la digitale, échoue dans les cas d'insuffisance aortique avec rupture de la compensation. Et si la digitale échoue, on est naturellement porté à croire que c'est parce qu'elle ne trouve plus à exercer son action que sur un myocarde altéré dans sa structure. Cette explication ne suffit pas à M. Rosenbach. Il arrive que la rupture de la compensation se produit dans des cas d'insuffisance aortique, alors que l'intensité du choc précordial et des souffles cardiaques témoigne suffisamment de l'énergie des contractions du cœur. Il faut donc chercher en dehors de cet organe la cause de la rupture de la compensation. Or, l'hypertrophie compensatrice et la dilatation du ventricule gauche, qui ne manquent jamais dans un cas d'insuffisance aortique, portent atteinte à l'élasticité des parois artérielles, par un mécanisme qui se conçoit et sur lequel il est inutile d'insister ici. Cette élasticité se perd peu à peu, et avec elle disparaît un facteur qui joue un rôle considérable dans la propulsion du sang. La nutrition des parois artérielles pâtit, et cela d'autant plus qu'on considère un point plus rapproché de l'organe central ; de là cette fréquence des altérations athéromateuses et autres sur les artères coronaires. Le myocarde subira donc le contre-coup de conditions circulatoires défectueuses, et, par suite, l'action de la digitale n'aura plus de prise sur lui.

Quoi qu'il en soit de la théorie exposée par M. Rosenbach, et dans laquelle on relève plus d'une contradiction, la conclusion pratique de l'auteur est celle ci : Du moment que l'élasticité de la paroi artérielle est compromise, il ne reste plus, pour relever la pression intra-vasculaire, que d'agir sur les éléments contractiles, sur les tuniques musculaires des vaisseaux. Or, parmi les médicaments connus pour donner ce résultat, l'ergot de seigle figure en première ligne. De là l'idée de recourir à ce médicament dans les circonstances pathologiques indiquées ci-dessus. M. Rosenbach a mis l'idée à exécution; il affirme qu'il a obtenu des résultats très encourageants, non seulement dans des cas d'insuffisance aortique avec rupture de la compensation, mais encore dans des cas de « dilatation idiopathique du cœur » et dans les cas d'artério-sclérose, qui les uns et les autres s'accompagnent d'une diminution plus ou moins grande de l'élasticité des parois artérielles. Les résultats thérapeutiques, qui parfois mettent quelque temps à se manifester, consistent en des modifications imprimées au pouls, qui gagne en régularité, en ampleur et en dureté et qui le plus souvent diminue de fréquence; parallèlement à ces modifications, on constate une atténuation de la dyspnée, de la douleur précordiale, des palpitations, et une légère augmentation de la sécrétion urinaire. Chez les malades qui avaient depuis longtemps de l'œdème ou des hydropisies, et dans d'autres formes de lésions organiques du cœur, la médication a toujours échoué ; associé à la digitale, l'ergot

de seigle a cependant paru appuyer parfois l'action de ce médicament.

Pour ce qui est du mode d'administration, M. Rosenbach prescrit : tantôt une infusion d'ergot de seigle (10 à 15 gr. pour 150 gr. d'eau) à prendre par cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures, ou une potion d'ergotine dyalisée (2 à 4 gr. pour 150 gr. d'eau) à prendre par cuillerée à bouche toutes les trois heures ; tantôt des pilules composées d'ergotine dyalisée (3 grammes), de poudre et extrait de gentiane, quantités suffisantes pour faire 50 pilules, à prendre 2 ou 3 pilules toutes les deux heures, ou encore une infusion de digitale (15 gr. pour 150 gr. d'eau) additionnée de 2 grammes d'ergotine, une cuillerée à bouche toutes les deux heures. En cas de non tolérance de la première préparation, il faut ajouter de l'éther sulfurique (3 gr.) et de l'acide chlorhydrique (1 gr.)

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

ÉLÉMENTS DE MÉDECINE SUGGESTIVE, par MM. FONTAN et SÉGARD. — Octave Doin, 1887.

Suivant l'exemple donné déjà par les professeurs de Nancy, MM. Fontan et Ségard ont tenté l'application raisonnée et scientifique de la suggestion à la therapeutique et ont obtenu des résultats extrêmement curieux. On ne doit s'étonner de rien quand il s'agit des choses de l'hypnotisme, mais il n'est pas moins vrai qu'il est surprenant de voir la médication suggestive employée avec succès contre des maladies de tout ordre ; rhumatisme, métrite chronique, dyspepsie, troubles fonctionnels liée à des maladies chirurgicales, fièvres intermittentes rebelles, chlorose, etc. Les auteurs prennent la précaution de nous avertir qu'ils ne veulent faire disparaître par la suggestion que lee phénomènes nerveux, qui sont presque toujours associés à toute maladie, mais la lecture des observations qu'ils publient montre que l'affection fondamentale elle-même est justiciable de la méthode suggestive et guérit en peu de jours. Les faits déroutent toute explication, et nous ne pouvons que nous incliner devant eux.

Ce livre, pratique et clinique avant tout, comprend trois parties :

La première partie comprend l'étude de la méthode suggestive en général envisagée au point de vue théorique. Le sommeil hypnotique, son mode de production, ses causes et sa physiologie, sont étudiés dans une série de chapitres qui ont avant tout le mérite de la clarté. L'état de la question y est exposé d'une façon tout à la fois complète et saisissante. La nature de la suggestion, son mécanisme intime, puis la recherche de ses dangers possibles et la discussion soulevée au sujet de la légitimité et de la moralité de ces pratiques viennent ensuite et sont l'objet d'une critique serrée.

La seconde partie est essentiellement pratique. Elle traite de l'application même de la méthode, du *modus faciendi*. Cette question, trop négligée en général, est ici l'objet de longs développements, on voit que les auteurs ont tenu à faciliter l'emploi de leur méthode en indiquant minutieusement les procédés dont ils se sont servis. Ils entrent dans les détails les plus minutieux, vont au devant de toutes les difficultés et s'efforcent de rendre la tâche de leurs irritateurs aussi facile que possible. Pour eux, la suggestion eet considérée comme un véritable médicament dont ils précisent les doses et les dangers. Les derniers paragraphes sont consacrés à la recherche des indications thérapeutiques de la suggestion et des conditions favorables à ce moyen de guérir.

La troisième et dernière partie a pour objet d'exposer les résultats acquis. Les maladies les plus diverses ont été traitées par la suggestion, et presque toujours du soulagement, sinon une guérison complète, furent obtenus. La suggestion dissipe les phénomènes nerveux surajoutés, prévient souvent toute une série de symptômes inquiétants engendrés par eux et laisse le médecin en face de la lésion seule, débarrassée de tout élément étranger. Elle agit également sur le grand sympathique et peut par conséquent être employée utilement pour régulariser la circulation et les autres fonctions de la vie organique. Les insuccès sont rares. On peut poser en principe que, toutes les fois qu'on endort un patient, la suggestion produira chez lui des effets avantageux. Elle calme toujours, même dans les cas les plus rebelles, avec beaucoup plus de sûreté que la morphine ou le bromure de potassium. Une série de 90 observations termine le volume et vient à l'appui des faits énoncés.

La méthode de MM. Fontan et Ségard est pleine de séduisantes promesses. Nul doute qu'un jour, si les faits se confirment, elle ne devienne d'un usage courant, mais pour cela il faut encore bien dee recherches et des milliers d'observations concluantes. En hypnotisme, plus que dans toute autre science, l'accumulation dee expériences est nécessaire pour établir une loi générale.

Dr GEORGES LEMOINE.

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE ; DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES, par M. B.-P. RITZO. — Paris, 1887.

La tuberculose cutanée peut revêtir différentes formes : la forme *lupus*, la plus ordinaire ; la forme *scrofulo-tuberculeuse*, comprenant le tubercule anatomique ; enfin, la forme d'*ulcérations*. C'est aux ulcérations tuberculeuses primitives que M. Ritzo a consacré sa thèse inaugurale. La pathogénie de ces lésions n'est pas encore suffisamment élucidée. L'auteur les attribuerait volontiers à une sorte de lymphangite tuberculeuse intra-dermique intéressant le réseau lymphatique superficiel ou profond. Ces ulcérations sont relativement tres rares, et ne se développent que chez les phthisiques à la période de consomption. Une observation de M. Hanot tendrait cependant à prouver qu'elles peuvent devancer toute autre localisation viscérale et constituer la première manifestation tuberculeuse, la porte d'entrée à la tuberculose.

DE LA PELADE. — NATURE. — TRAITEMENT — PROPHYLAXIE, par MARCEL BUCHIN. — Paris, 1887.

D'après M. Marcel Buchin, la pelade tire son origine de deux causes bien différentes. Elle peut être d'origine parasitaire ou d'origine nerveuse. La nature parasitaire de certaines pelades paraît suffisamment démontrée par de nombreux faits de contagion. Mais, de tous les micro-organismes décrits jusqu'à ce jour dans cette affection, aucun ne peut, avec

quelque certitude, être considéré comme pathogène; de nouvelles recherches sont donc nécessaires.

Les preuves en faveur de la pelade considérée comme une trophonévrose reposent sur des faits cliniques. Si l'on n'a pas encore constaté d'altérations nerveuses dans les autopsies, les dernières expériences entreprises sur ce sujet à l'étranger prouveraient au moins qu'en déterminant certaines lésions nerveuses, on peut provoquer l'apparition de plaques d'alopécie fort analogues à la pelade. Mais, dans l'état actuel de la science, ni la clinique, ni l'anatomie pathologique, ne nous permettent de différencier les deux variétés de pelade, sauf peut-être certains cas de pelade décalvante généralisée et à marche rapide qui semblent indiquer une trophonévrose.

En ce qui concerne la prophylaxie, l'auteur conseille aux médecins, dans l'impossibilité où on se trouve le plus souvent de distinguer à laquelle des deux variétés étiologiques on a affaire, et afin de diminuer autant que possible les dangers de contagion, de se comporter dans tous les cas comme si la pelade était de nature parasitaire et de prendre des mesures en conséquence.

Au point de vue thérapeutique, l'on peut s'adresser aux agents parasiticides, qui ont donné des succès, mais les topiques stimulants et irritants, et en particulier les vésicatoires fréquemment renouvelés sur les plaques de pelade produisent les meilleurs résultats.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

Etude sur la paralysie des muscles du larynx, par M. Fernand Lubet-Barbon. — Paris, G. Steinheil, 1887.

Si les publications sur les paralysies du larynx ne sont pas rares, si les faits isolés sont nombreux, si quelques-uns sont bien présentés, étudiés et fouillés sous toutes leurs faces, on ne les trouve rassemblés nulle part en faisceau; le lecteur, effrayé de la multiplicité et de l'abondance des matériaux, ne trouvait pas jusqu'ici dans une monographie spéciale une classification qui lui permît de prendre une idée d'ensemble de la question. C'est à combler cette lacune de la littérature médicale que M. Fernand Lubet-Barbon a consacré sa thèse inaugurale.

Les travaux de cette nature ne sauraient s'analyser. Il me suffira de signaler pour son importance le chapitre consacré à la pathogénie et à la séméiologie des paralysies laryngiennes. Qu'elles soient d'origine centrale ou d'origine périphérique, qu'elles soient dues à la compression, à des névrites ou encore à des intoxications, qu'elles soient sous la dépendance d'un état diathésique, on voit combien est compliquée et par suite combien est capable d'exciter la sagacité de l'observateur la séméiologie correspondante à chacune de ces variétés étiologiques.

La thèse de M. Lubet-Barbon n'est pas exclusivement une œuvre de compilation. La relation des quinze observations inédites vient imprimer à son étude un cachet d'originalité qui rehausse la valeur et accroît l'intérêt de cet estimable travail.

Dr Albertus.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par M. S. Baudry, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Lille. 1er fascicule grand in-8° avec figures. — Adrien Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1886.

La décentralisation scientifique tend à se faire. Elle ne peut que stimuler le zèle et l'ardeur des diverses Ecoles et aider au progrès du savoir humain. Vulgarisant et résumant les travaux de ses devanciers, puisant surtout dans l'enseignement de Picot, de Jaccoud, d'Hallopeau, de Bouchut, de Berne, de Billroth, de Terrier, de Verneuil, de tous ceux en un mot qui ont excellé dans l'observation des grands processus morbides, M. S. Baudry nous présente l'exposé sommaire d'une partie des questions complétement traitées au cours de pathologie chirurgicale, que depuis 1883 il est chargé de professer à la Faculté de Lille. Nous sommes convaincu avec lui de l'extrême utilité qu'il y a pour les élèves à n'aborder la chirurgie des régions et le lit du blessé qu'après avoir été suffisamment initiés à l'étude générale de l'inflammation, de la thrombose, de l'hémorrhagie, de la gangrène, des tumeurs, du traumatisme.

Le plan suivi par l'auteur est conforme à celui adopté par la plupart des traités classiques, et dans le premier fascicule de son ouvrage, que nous avons entre les mains, il passe en revue les principaux processus morbides communs à la plupart des affections chirurgicales, les lésions traumatiques en général.

C'est par l'inflammation qu'il débute, après avoir exposé les diverses théories mises en avant par les auteurs, théorie vasculaire de l'exsudation et des blastèmes de Robin et Rokitansky, théorie cellulaire de Virchow, théorie de la diapédèse de Conheim, théorie mixte ou cellulo-vasculaire, théorie parasitaire. Il traite de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche et du traitement. La forme chronique est également bien étudiée dans ses diverses phases de néoformation, de suppuration, de régression et de dégénérescences.

La pathogénie des hémorrhagies, discutée avec soin, révèle comme causes productrices les lésions de la paroi vasculaire ou les modifications de la pression sanguine, qu'elles résultent d'un excès de pression directe ou indirecte.

La thrombose et l'embolie retiennent assez longuement l'auteur. Il nous rappelle que la fluidité du sang dans les vaisseaux dépend de trois conditions ; intégrité de la paroi, composition normale et cours régulier du liquide nourricier dans ses cavités naturelles. L'effacement de la lumière du conduit, l'affaiblissement des contractions cardiaques, la dilatation du cœur, agissent par arrêt ou ralentissement de la circulation. Quant aux embolies qui peuvent être vasculaires, tirant leur origine du sang, ou extra-vasculaires venant de l'extérieur ou même des tissus voisins, elles sont tantôt artérielles, tantôt pulmonaires, tantôt hépatiques, c'est-à-dire qu'elles aboutissent soit dans les divisions des artères encéphaliques gauches, des artères du rein, de la rate ou du membre inférieur gauche, soit dans les capillaires de l'artère pulmonaire et en particulier dans ceux du lobe inférieur et de la périphérie de l'organe, soit dans les ramifications terminales de la veine-porte. Les premières sont dues à des maladies du cœur gauche (endocardite) et des gros troncs (artérite), ou bien au cancer et à d'autres affections générales entraînant la cachexie; les secondes sont consécutives à une thrombose traumatique ou marastique, comme on peut en observer dans le cancer, la tuberculose, l'état puerpéral, la fièvre typhoïde; les troisièmes, enfin, assez rares, proviennent généralement de thrombus développés dans des cas d'hémorrhoïdes enflammées, de tumeurs ou de phlegmasies abdominales, d'opérations sur le rectum.

L'étude de la suppuration présente à l'heure actuelle un intérêt particulier. Ainsi l'auteur, après avoir successivement passé en revue la thèse du blastème, la théorie cellulaire, la

théorie de la diapédèse, la théorie irritative, s'arrête-t-il longtemps à l'examen de la dernière en date, la théorie parasitaire, faisant de la prodnction dn pus nne véritable complication du processus réparateur snbordonné à l'intervention d'un microbe particulier : les staphylococcus aurens et albus, le streptococcus pyogènns, sont en rapport direct de cause à effet avec la suppuration. Qnant an microbe pyogène de Pasteur, au micrococcus pyogenus de Rosenbach, aux trois antres micro-organismes isolés par Passet, on ne les trouve pas toujours; aussi leur action pathogène est-elle fort contestée.

La vitalité normale des différents tissus qui composent l'organisme étant subordonnée à l'intégrité des éléments anatomiques, à la circulation régulière, à la composition normale du sang, an parfait fonctionnement du système nerveux, il suffira de la modification de l'une ou de plusieurs de ces conditions physiologiques pour voir la nutrition s'altérer on s'arrêter, la mort snrvenir. L'ancienne division en gangrènes sèches ou humides ne suffit plus à l'auteur qui, d'accord du reste avec les ouvrages classiques, distingue des gangrènes par cadavérisation, par memification, par ramollissement simple, par ramollissement putride.

Mais, arrêtons-nous, convaincus de la difficulté extrême qu'on éprouve à faire l'analyse d'un traité didactique. Disons toutefois qu'écrit avec clarté et méthode, d'une lecture facile, accompagné de figures nombreuses aidant à l'intelligence du texte, ce premier fascicule fait bien augurer du second qui, nous l'espérons, ne tardera pas à venir compléter l'ouvrage.

Ch. Amat.

Ophthalmologie.

Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale, par M. Wojtasiewicz. — Thèse de Paris, 1886. Chez A. Davy.

La tuberculose de l'œil a déjà été l'objet de nombreux mémoires. Certains auteurs l'ont plus spécialement étudiée au point de vue expérimental, d'autres au point de vue clinique; d'autres l'ont envisagée comme une tuberculose locale et ont recherché quelle influence elle pouvait avoir sur l'état général; enfin, depuis longtemps déjà, M. Bouchut avait en France signalé la présence de tubercules dans la choroïde des individus atteints de tuberculose généralisée. M. Wojtasiewicz reprend la question à tous ces points de vue, et il nous montre successivement les manifestations de la tuberculose dans l'œil; l'influence de l'économie tuberculeuse sur l'œil, et inversement l'influence de l'œil tuberculeux sur l'économie. A propos du traitement de la tuberculose primitive de l'œil, il ne conseille pas invariablement l'énncléation, même pour les tuberculoses profondes. De bons résultats, dit-il, ont été obtenus par ce traitement, mais de forts mauvais aussi : la méningite tuberculeuse est toujours menaçante.

Du traitement chirurgical de l'ophthalmie sympathique au moyen de l'énervation, par M. Colonna. — Thèse de Paris, 1886. Chez F. Pichon.

Les auteurs sont encore partagés au sujet de la pathogénie de l'ophthalmie sympathique; mais il est un point sur lequel ils s'accordent tous, c'est pour reconnaître que le processus inflammatoire suit le trajet des filets nerveux, et que pour arrêter le mal, le meilleur moyen est de lui barrer la route.

Pour cela, les uns ont conseillé l'exentération, d'autres l'énucléation; mais chacun de ces procédés est loin d'être avantageux au point de vue plastique. De là est née la troisième méthode, l'énervation on névrotopcie oplico-ciliaire.

M. Colonna étudie plus spécialement ce dernier procédé : des expériences faites sur des animanx lui ont montré que la névrotomie oplico-ciliaire n'amène pas d'atrophie dn globe oculaire. L'observation clinique pronve qu'elle pent, au même titre que l'énucléation et l'exentération, préserver de l'ophthalmie sympathique; d'où la juste préférence que l'anteur lui accorde.

Étude clinique sur le champ de fixation monoculaire, par M. Kahn. — Thèse de Paris, 1886. Chez Parent.

M. Kahn décrit d'abord le procédé dont il se sert pour mesurer le champ de fixation au moyen du périmètre de M. Landolt; puis il étudie ce champ de fixation dans une foule decas particuliers. Chez l'hypermétrope, le myope et l'emmétrope dans les différentes variétés de strabisme, et il montre tout l'intérêt que peut avoir cette étude dans les différentes opérations que l'on peut être amené à pratiquer sur les muscles de l'œil.

Contribution a l'étude de la rétraction des antagonistes dans les paralysies oculaires et de son traitement chirurgical, par M. Gaudon. — Thèse de Paris, 1886. Chez A. Davy.

La rétraction de l'antagoniste dans les paralysies des muscles de l'œil peut s'établir de deux façons :

1° Par le passage à l'état permanent d'une contracture de ce muscle;

2° Par le raccourcissement passif longtemps prolongé dans lequel se trouve le muscle.

Quand la rétraction est établie, le traitement chirurgical seul peut en avoir raison.

Si la paralysie est guérie, on se comporte comme si l'on avait affaire à un strabisme concomitant simple; puis, suivant que la paralysie persistera plus ou moins completement, il faudra varier les procédés et joindre à la ténotomie du muscle rétracté l'avancement du muscle paralysé.

Nature et traitement de la conjonctivite granuleuse, par M. A. Désormes. — Th. de Paris, 1886. Chez Davy.

L'auteur fait l'histoire à peu près complète de la conjonctivite granuleuse, mais insiste plus spécialement sur les recherches bactériologiques faites par Sattler, par Koch et Poncet pour démontrer la nature infectieuse de cette affection. Cette question n'est d'ailleurs pas encore completement éclaircie.

Il s'occupe ensuite du traitement et insiste particulièrement sur l'emploi de l'acide chromique préconisé dans ces derniers temps par M. Darier, chef de clinique de M. Abadie.

L'acide chromique n'est pas un moyen exclusif de traitement; il faut le réserver pour les cas anciens, avec granulations complètement scléreuses. On touche alors légèrement avec une solution concentrée la muqueuse, au préalable anesthésiée; il se forme une escharre qui se détache et facilite ensuite l'action des antiseptiques du sulfate de cuivre, par exemple, sur les tissus sous-jacents.

Toupet.

NOTES & INFORMATIONS

Quatrième Conférence de la Croix de Genève. — Dans la séance du 23 septembre, le quatrième Congrès international de la Croix de Genève a voté les propositions suivantes :

1o En conformité du vœu émis à la Conférence de Genève, en 1884, et considérant les expériences recueillies dans les dernières années, quant au traitement antiseptique, ainsi que les changements qu'elles ont introduits dans la pratique chirurgicale, la Conférence invite les états qui ont accepté la Convention de Genève, de même que les Sociétés privées, à prendre les mesures nécessaires pour que la chirurgie antiseptique et conservatrice soit appliquée dans les armées, et cela jusque dans les premières lignes, sur le théâtre même du combat.

2o Le Congrès de Carlsruhe remerciant les Compagnies de transport de la gratuité obtenue dans quelques pays pour le transport des colis de la Croix-Rouge, souhaite que cette franchise, ou que tout au moins une réduction de prix, soit étendue pour ces envois dans tous les pays signataires de la Convention de Genève, et que les difficultés de la douane soient aplanies pour faciliter le transport de ces objets et assurer leur intégrité.

— Le docteur Landouzy, professeur agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, est chargé par le Ministère de l'Instruction publique d'une mission au Caire et à Beyrouth.

—Le grand Conseil des vétérinaires de France, qui vient de se réunir à Bordeaux, a adopté la proposition suivante, en ce qui concerne l'importation des animaux :

« Considérant que, malgré le service d'inspection établi à nos frontières, nous pouvons recevoir des animaux contaminés chez lesquels la maladie éclôt après leur entrée en France ; considérant que le transit des animaux indigènes ou importés d'un département dans l'autre peut créer les mêmes dangers, le grand Conseil émet le vœu que des certificats d'origine, dans lesquels il sera établi que les animaux pour lesquels ils ont été délivrés proviennent de localités indemnes depuis au moins trente jours, soient exigés. »

Il a également voté, après discussion, les conclusions du rapport sur l'inspection des viandes de boucherie. Ces conclusions tendent à organiser cette inspection dans toutes les communes de France par les soins des municipalités. Il faut que cette inspection soit réelle et pratique.

Le grand Conseil a émis ensuite, à l'unanimité, le vœu que les vétérinaires entrent dans le Conseil national de la santé publique et dans les Conseils d'hygiène départementaux pour une plus large part que celle qui leur est actuellement attribuée. Il a renouvelé, en outre, le vœu déjà émis l'année dernière à la session de Lille, qu'un des diplômes du baccalauréat soit exigé comme condition d'entrée dans les Écoles vétérinaires de France.

R. F. D.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — *Réserve.* — Promotions. — Au grade de médecin-major de deuxième classe : (2e corps d'armée) MM. Peaucellier, Hache et Babinski. — (3e corps d'armée) M. Vallon. — (6e corps d'armée) MM. Etienne, Schull, Knœpfler et Haushalter. — (8e corps d'armée) M. Broussolle. — (18e corps d'armée) MM. Artigalas, Dallidet, Rivière, Loumeau et Denucé. — (19e corps d'armée) MM. Rivals, Lévy, Salièges, Merz et Hugounenq.

Mutations. — M. le médecin en chef Forné est désigné pour la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. Chastang.

M. le médecin de 2e classe Boby est désigné pour embarquer sur le *Furieux*, en remplacement de M. Lorion.

M. l'aide-médecin Hondard est désigné pour embarquer sur la *Fusée*, en remplacement de M. Fruitet.

MM. les médecins de 2e classe Roux, destiné au Soudan français, et Bannerot, en service à Toulon, sont autorisés à permuter.

— Des médecins de 2e classe, docteurs, sont demandés pour un emploi d'aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine, à Brest.

— Sur la proposition de M. le résident général, l'empereur d'Annam a promu dans l'ordre du Dragon d'Annam :

Médecins de l'armée de terre.

Au grade de grand-officier : M. le docteur Didiot.
Au grade de commandeur : M. le docteur Robert.
Au grade d'officier : M. le docteur Demmler.
Au grade de chevalier : MM. les docteurs De Santis, Sourris, Couillault, Lejeune, Boucher, Rivière, Nicolas.

Médecins de la marine.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Ayme, Galibert, Gaultier de la Ferrière.
Au grade de chevalier : MM les docteurs Aubry, Broussemiche, Galibert, Le Méhanté.

— Sur la proposition de M. le ministre de la marine et des colonies, S. M. Norodom a nommé dans l'ordre royal du Cambodge :

Médecins de l'armée de terre.

Au grade de commandeur : M. le docteur Challan.
Au grade d'officier : MM. les docteurs Haas, Annequin, Coustan, Perrin.
Au grade de chevalier : MM. les docteurs Didier, Couderc, Sourris, Langue, Coste, Bernard.

Médecins de la marine.

An grade de commandeur : MM. les docteurs Hyades, Treille.
Au grade d'officier : MM. les docteurs Alix, Patix, Canquil.
Au grade de chevalier : M. le docteur Cartier.

Choléra. — *Algérie.*—Un arrêté du gouverneur général de l'Algérie impose aux provenances de Malte et de toute l'Italie, y compris les îles de Sardaigne, de Sicile et de Pantellaria, une quarantaine d'observation dont la durée est fixée à sept jours pour les bateaux à vapeur et à cinq jours pour les bateaux à voiles Il sera tenu compte aux navires ayant fait escale en Tunisie de la durée de quarantaine qu'ils auront purgée dans la régence.

Gibraltar. — Une quarantaine de dix jours est imposée dans le port de Gibraltar aux provenances de Sardaigne.

Grèce. — Les provenances de Cagliari sont soumises à une quarantaine effective de onze jours et celles des autres ports de Sardaigne à une observation de cinq jours; une observation est également imposée aux provenances des côtes orientales de la Péninsule italique comprises entre Manfredonia et la frontière austro-hongroise.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

16. M. Couperic. Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite de l'ovariotomie et de leurs traitements. — 17. M. Huas. Considérations sur l'hygiène des troupes en campagne dans les pays intertropicaux.— 18. M. Peyret. L'extirpation de la glande lacrymale et ses indications. — 19. M. Bodean. Des fractures de la rotule. — 20. M. Libouroux. Contribution à l'étude

de la maladie dite « Pied de Madura » considéré comme une trophonévrose.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 18 au samedi 24 septembre 1887.

Fièvre typhoïde 31.—Variole 3.— Rougeole 10.— Scarlatine 4. — Coqueluche 8.— Diphthérie, croup, 15 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phtbisie pulmonaire 161.— Autres tuberculoses 15. — Tumeurs : Cancéreuses 39. — Autres 3. — Méningite 23. — Congestion et hémorr. cérébr. 36.— Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 7.— Maladies organiques du cœur 46.— Bronchite aiguë 14. — Bronchite chronique 26. — Broncho-pneumonie 8. — Pneumonie 26 — Gastro-entérite : Sein 36. — Biberon 48. — Autres 10.— Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 20. — Suicides 20. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de mort 132. — Causes inconnues 5. — Total de la semaine : 787 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8° avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs A. Filleau et Léon Petit. Première année, premier fascicule. In-8° de 55 pages.—Prix : 2 fr.—Deuxième année, deuxième fascicule. In-8° de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité pratique des maladies du foie, par J. Cyr, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Un vol. in-8 de VIII-886 p. — Prix : 12 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome 1er, fascicule 2. — Affections chirurgicales des appareils et des systèmes ; avec la collaboration de MM. les professeurs Vianlt et Demons, de MM. les professeurs agrégés Planteau, Piechaud et Maurice Denucé, de la Faculté de Bordeaux. Un vol. gr. in-8 de 370 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr.; le tome Ier (complet), 12 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DES MODES DE PROPAGATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. le docteur P. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris (*Conférence faite dans la séance d'ouverture du Congrès de Vienne*).

Mesdames et Messieurs,

En choisissant pour sujet de la conférence que Messieurs les organisateurs du Congrès m'avaient invité à faire devant vous : « Les conditions de propagation de la fièvre typhoïde », mon but a été de vous exposer les récentes conquêtes faites par la science sur cette question d'hygiène, de vous montrer quelles sont leurs conséquences. Je serais heureux si je parvenais à vous convaincre qu'il est désormais facile, non pas peut-être de faire disparaître les épidémies de fièvre typhoïde, mais de les rendre très rares et d'atténuer dans une large mesure le tribut que les nations payent à ce fléau, tribut bien plus lourd que celui qu'elles payent aux épidémies qui les terrifient, mais qui, transitoires, passent comme une tempête; la fièvre typhoïde, elle, fauche chaque jour, dans tous les pays, un certain nombre de victimes et règne constamment.

S'il me fallait rendre justice à tous ceux qui ont cherché à élucider ce problème, le temps assigné à la conférence ne suffirait pas. Ce n'est pas par ingratitude, mais par impossibilité, que je passerai leurs noms sous silence.

Je veux vous démontrer que les moyens de propagation sont : l'eau que l'on boit, l'air que l'on respire, les vêtements souillés, les mains de gardes-malades. Ce n'est pas que ces moyens de propagation n'aient été des longtemps discutés; vous les trouverez indiqués dans Hippocrate, Van Swieten et tous les ouvrages des grands épidémiologistes des derniers siècles; mais c'étaient des théories, des hypothèses contestables. Aujourd'hui il est possible, si je ne me trompe, d'assigner à chacun de ces agents la part qui lui revient.

Je prends la question au point où l'avait laissée le savant rapport de notre collègue, M. Arnould, au Congrès de Genève en 1882. Budd et Murchison avaient montré, en dépouillant les relations antérieures d'un grand nombre d'épidémies, que leur cause était la contamination de l'air et surtout de l'eau potable, par les matières fécales ou les produits de putréfaction. Suivant Murchison, la putridité était suffisante pour engendrer la fièvre typhoïde; suivant Budd, la matière en putréfaction était l'excipient : elle n'était capable de donner la fièvre typhoïde que si les déjections d'un premier malade l'avaient ensemencée. Pour faire de la fièvre typhoïde, disait Budd, il faut de la fièvre typhoïde.

Si on résume l'opinion médicale régnant alors, on peut dire : les matières fécales sont suspectes pour tous les épidémiologistes; pour quelques-uns, elles ne sont capables de créer un foyer épidémique que lorsqu'elles sortent de l'intestin d'un typhique.

Une fois déposées dans un fumier ou sur la terre, comment pénètrent-elles dans le corps des individus qui vont être frappés ? Par l'air, par l'eau, par émanations telluriques, par

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Une mutation sans précédents. — Le 7e Directeur rendu à la vie inspectorale. — Règlement sur le service de santé en campagne. — Sa parenté par descendance avec le Reglement prussien. — Les cacolets et litières de l'ambulance. — Un « complet de bureau ». — Les solutions antiseptiques. — Bergmann contre Thomas. — Le « verband-packchen ». — Cours de perfectionnement des médecins militaires en Allemagne. — Les Bureaux « en travail » de mutations. — Le nouveau Directeur du service de santé : Dujardin-Beaumetz. — Consultation de médecins militaires. — Les inspections médicales, ce qu'elles sont, ce qu'elles doivent être. — La mobilisation sanitaire du 17e corps d'armée. — Preuves de l'importance du rôle en cas de mobilisation de guerre des médecins de la Réserve et de l'Armée territoriale. — Nécessité de stages pratiques.

I

Il vient de se passer à la 7e Direction de santé du Ministère de la guerre un fait sans précédent, le septième Directeur lui-même a fait mutation.

On l'a rendu à la vie inspectorale.

Jusqu'à présent, les Directeurs de santé demeuraient immortels, inamovibles et à l'abri des révolutions du Palais Législatif.

Ils bénéficiaient d'une espèce de grâce d'état technique, d'une neutralité d'usage, comme d'un respect académique que les Ministres successifs se transmettaient de tradition et presque de dogme.

Seuls, en un milieu particulièrement périssable, ils demeuraient debout — ou plutôt assis — par une sorte de convention tacite qui participait de causes multiples, de l'habitude, de l'oubli, de l'effacement et de la vertu mystérieuse du mot « spécialiste ».

Peut-être suspectait-on dans le tréfond qu'ils n'étaient pas toujours Directeurs parce qu'ils savaient, mais ils semblaient savoir parce qu'ils étaient Directeurs.

Ils étaient *assurés* par la Science.

Une puissante accumulation de mesures discutables a seule pu détruire cette légende. Dans notre dernière étude trimestrielle, nous avons dit, entr'autres mutations, l'abolition du Concours, le seul filtre qui permît d'arrêter tous les nuls et la plupart des médiocres en ses mailles, même avec les pressions les plus fortes de protections, recommandations de politique, de parenté, de tout ce

contact? Ici les dissidences étaient absolues, il y a encore cinq ans. Voyons quel est le terrain conquis par la science et qui doit maintenant être mis en rapport par les hygiénistes.

Nous étudierons successivement les divers modes de propagation que nous avons indiqués plus haut.

I. PROPAGATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR L'EAU.

(*a*) *Preuves tirées de la propagation de l'épidémie.*

Tant que les médecins n'apporteront comme preuve que des faits analogues à ceux-ci, un individu atteint de fièvre typhoïde arrive dans une ville ou un village alors indemne de toute maladie épidémique, les déjections sont jetées dans une fosse qui communique avec le puits; les linges souillés sont blanchis dans un lavoir dont l'eau est ensuite utilisée pour boisson, et beaucoup d'autres observations presque identiques, la genèse de l'épidémie fut contestée. Beaucoup ne voulurent voir qu'une simple coïncidence, mais se refusèrent à y voir une preuve de ce mode d'infection.

Pourtant les coïncidences se multiplièrent singulièrement : Je possède actuellement plus de 60 relations d'épidémies attribuées à l'usage d'eau potable; quelques épidémies restaient inexpliquées si on récusait ce mode de transmission, les adversaires ne se rendaient pas. Il a fallu que la technique bactériologique se perfectionnât assez pour apporter la preuve figurée de l'agent propagateur, pour que le groupe des incrédules subît une énorme réduction. Je crois que dans peu d'années leur nombre sera insignifiant.

Mais, avant de fournir cette preuve, je voudrais mettre sous vos yeux quelques tableaux mettant en évidence cette influence de l'eau souillée. Je ne les emprunte pas aux récits des épidémies que vous connaissez tous, mais à ceux très circonstanciés qui, par quelques points secondaires en apparence, sont plus capables d'éclairer le problème dont nous discutons la solution.

Prenons d'abord l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à *Genève* en 1884; la relation très détaillée en a été donnée par M. le docteur Dunant (REVUE MÉDICALE de la Suisse Romande. Genève 1887, p. 378).

Par les soins de M. Dunant, chaque confrère reçut directement, dès le début de l'épidémie, un carnet sur lequel il inscrivait le domicile du malade, la date du début et sa cause probable. Tous ont répondu (1).

La ville de Genève ayant résolu d'utiliser la force motrice du Rhône, il fut décidé que le bras gauche du Rhône serait mis à sec au mois de mars 1884.

Pour cela, on établit un barrage en amont du pont de la machine; ce barrage, commencé en janvier et février, fut terminé le 2 mars.

Les prises d'eau de la machine hydraulique furent portées de A en B et de A' en B'.

Dès les premiers jours de février, l'eau du lac, après avoir touché le quai de la rive gauche, fut donc refoulée par le barrage vers les nouvelles bouches B et B'.

Malheureusement, le 28 janvier, on dragua le port des eaux vives, dans lequel débouchent plusieurs égouts. Dix-huit ou vingt jours après, l'épidémie éclatait. Le dragage cessa le 4 mars; l'épidémie commença à décroître quinze jours plus tard. Or, on sait que la période d'incubation de la fièvre typhoïde est de 12 à 16 jours environ. Dans les derniers mois de 1883, il y avait eu, dans le quartier des Eaux-Vives, au moins 7 cas de fièvre typhoïde dans les maisons reliées à l'égout.

La preuve expérimentale de la souillure de cette eau fut fournie par des analyses chimiques faites par M. Ador, et microbiologiques faites par MM. Fol et Dunant; mais on n'y découvrit pas le bacille d'Eberth, Gaffky et Cornil.

(1) Répartition des cas suivant le temps :

1884.	Malades.	Morts.
Janvier	18	0
Février	83	5
Mars	965	54
Avril	320	43
Mai	263	22
Juin	172	15
Juillet	318	21
Août	204	20
Septembre	79	6
Octobre	29	1
Novembre	36	1
Décembre	14	1
	2501	190

Mortalité 7,6 0/0.

qu'on appelle dans l'armée où l'on en connaît la force de détente, le *piston*.

Mais si l'art d'abolition est simple, et facile l'*aptitude* à démolir, cette virtuosité de ruines ne semble pas avoir été compensée chez les deux premiers Directeurs du service de santé (premiers en date) par des capacités égales de reconstruction. On objectera que leur vertu, maîtresse d'être modeste à vie, s'est opposée à l'épanouissement complet, au *plein* de tous les amendements, progrès et améliorations qui nous eussent réjoui — sans nous étonner — s'ils avaient pu se résoudre à rougir au moins une fois par trimestre d'une belle et bonne réforme. C'est possible.

Il y a des qualités tenaces.

* *
*

Nous n'avons pas cette perpétuité de relégation dans une modestie immobile qui, tout en forçant le respect, fait déplorablement le vide.

Aussi allons-nous dire notre sentiment sans réserves sur le *Règlement du service de santé en campagne de 1884*. Ce Règlement fourmille, comme il doit, de la phraséologie « idoine » aux Bureaux et que beaucoup leur envient; « le médecin-chef voit, il examine, il s'assure, il s'informe, il constate, il se rend compte, il tient la main ». Style spécial qui, par une espèce d'induction, développe comme un courant de vertu dormitive en les livres qui se risquent à y contracter des emprunts.

Mais ce Règlement, on s'égarerait en le prenant pour une œuvre d'imagination.

Il est copié sur le Service sanitaire prussien.

Nous en ferons la preuve sous peu dans un *Aide-Mémoire* qui n'aura plus à solliciter de la 7e Direction elle-même le permis de lui découvrir ses points faibles et ses facultés de décalque.

Il paraîtra peut-être qu'en une disette d'idées propres on eût pu recourir à plus mauvais modèle, l'Autriche et l'Italie en ont pensé ainsi, qui ont emprunté quelque peu à ce riche, mais encore fallait-il n'y rien superposer, s'en tenir au *fac simile* strict d'une expérience sanitaire mûrie par les guerres de 1864, 1866 et 1870. On eût dû ne pas substituer au *Sanitäts-Detachment* prussien, qui n'a que 13 voitures, notre encombrante ambulance no 1 division-

Du 15 au 23 février, l'extrémité de l'égout de la rive gauche, qui se déversait dans le bras gauche du Rhône, fut reportée au-dessus du barrage, près des prises d'eau; cet égout ne fut capté que le 23 février.

Parmi les habitants dont les maisons étaient reliées à cet égout, 5 étaient atteints de fièvre typhoïde au milieu de février.

Ajoutons, avec M. Dunant, que l'eau du lac était exceptionnellement basse, que la direction du vent portait le courant pollué vers les bouches, etc.

Mais ce sont là des circonstances secondaires.

Le 30 août, une conduite unique fut placée jusqu'au point C, dans le lac, et servit seule à l'alimentation de la machine hydraulique. Dix-huit jours plus tard, l'épidémie s'éteignait; il n'y avait plus que quelques cas secondaires.

Voyons maintenant quelle fut la répartition de l'épidémie dans la ville et les communes rurales.

Dans les quartiers alimentés par l'eau de la machine, 72% des maisons sont pourvues de cette eau; 47% des maisons ont été atteintes.

Les autres quartiers ou communes de l'agglomération, non alimentés par l'eau de la machine, ont donné 117 cas de fièvre typhoïde, parmi lesquels 2 ont été contractés à l'étranger, 3 ont eu une origine locale; 88 se rattachent à l'épidémie (personnes couchant à la campagne, travaillant en ville). Pour les 24 autres, les renseignements font défaut.

Dans les quartiers alimentés par la machine hydraulique, dite de Saint-Jean, 1000 habitants, 3 malades.

Les quartiers alimentés par l'eau de l'Arve furent presque indemnes. Analysant chacun des cas, M. Dunant conclut ainsi: En résumé, en 1884, il n'y eut pas un seul cas de maladie attribuable à l'eau de l'Arve.

Ainsi, les recrudescences et les atténuations de l'épidémie varient avec les circonstances qui favorisent ou diminuent la pollution de l'eau distribuée en ville. L'épidémie règne dans les quartiers alimentés par l'eau de la machine; elle ne fait que quelques rares victimes là où l'eau ne pénètre pas et chez des personnes qui avaient bu dans les quartiers atteints.

En septembre 1886, une épidémie de fièvre typhoïde éclate à *Clermont-Ferrand*, brusquement disséminée dans toute la ville, frappant la population civile et militaire; puis l'épidémie subit une décroissance très nette en octobre, mais reparaît plus violente en novembre et décembre.

Dans un rayon de 2 ou 3 kilomètres, Clermont est entouré de plusieurs petites villes : Mont-Ferrand, Royat, Chamalières. Une seule de ces villes subit l'épreuve d'une véritable épidémie de fièvre typhoïde; celle-ci débute en même temps que celle de Clermont, offre le même temps d'arrêt en octobre, reparaît plus violente en novembre et décembre, c'est Mont-Ferrand. Mais c'est aussi Mont-Ferrand qui, seule, est alimentée par la même source que Clermont; à Royat et à Chamalières les malades atteints étaient venus travailler à Clermont et y avaient contracté les germes de la fièvre typhoïde. Mais Royat et Chamalières sont alimentés d'eau par des sources spéciales n'ayant aucun rapport avec l'eau d'alimentation de Clermont et de Mont-Ferrand.

A Clermont même, un couvent possède une source spéciale, toutes les personnes y demeurant sont indemnes, une seule est atteinte; elle était allée passer une journée en ville chez ses parents. Dix jours plus tard, elle était alitée.

A Paris, l'eau distribuée aux habitants a plusieurs origines.

La Dhuys et la Vanne donnent de l'eau excellente, bien captée; malheureusement, la Marne, la Seine, le canal de l'Ourcq, suppléent à certains moments à l'insuffisance de l'eau des sources. Or, les rivières et le canal sont pollués avant leur entrée dans Paris par les déjections des riverains et des mariniers. Il y a donc une différence notable entre la salubrité de ces eaux d'origine différente.

Voyons les conséquences de l'usage de ces eaux diverses au point de vue de la propagation de la fièvre typhoïde. Le service des eaux publie un avis officiel lorsqu'une circonscription de la capitale doit ne plus recevoir de l'eau de la Dhuys ou de la Vanne.

En 1886, on est obligé de suppléer à l'insuffisance des eaux de source vers le 20 juillet. Pendant la semaine du 18 au 24, il entrait 40 personnes dans les hôpitaux, atteintes de fièvre typhoïde; du 1er au 7 août, il en entre 150. On cesse la distribution le 7 août; du 15 au 21, il n'entre plus dans les hôpitaux que 80 malades.

En 1887, le 27 janvier, on distribue de l'eau de Seine et de l'Ourcq; du 13 au 19 février, les hôpitaux reçoivent 80 ma-

---

naire d'infanterie qui occupe une longueur routière de 425 mètres avec ses 21 voitures et sa cavalerie de 33 mulets (1).

Nous ne déciderons pas jusqu'à quel point les moyens d'équitation et de remonte sont séants pour le blessé et s'il n'eût pas mieux valu mettre aux mains des conducteurs des objets de pansement au lieu d'objets de pansage et des brancards qui passent partout par-dessus un petit mur, une barrière, une haie, un fossé, tous obstacles possibles dans un champ de bataille étendu et devant lesquels le mulet s'abat, fait des défenses périlleuses ou refuse.

Le brancard ne connaît pas de ces forts d'arrêt, et ce qui est d'une inappréciable garantie en l'état d'affaissement et de prostration de notre cher pupille, le blessé ; il ne *désarçonne pas*.

⁂

En revanche, si la 7e Direction a voulu se marquer à elle-même quelque suprématie en recevant à correction le Règlement prussien et en le complétant, elle en a retranché aussi quelque chose et fait des coupures, par habitude sans doute des ciseaux.

Le dommageable est que ses retranchements ne paraîtront peut-être pas de jugement plus sain que ses additions. Elle a rayé du Tableau le médecin consultant civil attaché au quartier-général de chaque Corps d'armée. Comme on sait, au début et pour la durée de la guerre, l'empereur Guillaume affecte à l'état-major du corps d'armée, avec le grade de médecin général, une personnalité scientifique de haute notoriété dont les conseils et le diagnostic ne sont pas sans influence de soutien moral pour tous et de cure exacte pour quelques-uns.

La Direction qui vient de choir a vraisemblablement été pour quelque chose dans l'insertion au Projet de loi organique militaire, titre IV, d'un article 275 revêtu sans doute de l'endos légal du ministre, mais paraissant signé par un renversement de formule : *Pour le Directeur et par son ordre*.

Cet article 275 séquestre pour toute leur carrière dans les grades disproportionnels de lieutenant et de capitaine, les professeurs titulaires et agrégés de nos Facultés, notre plus brillant état-major scientifique, tandis qu'il réserve la Commandature clinique, le rôle de classes dirigeantes, les hautes fonctions de panache et

(1) 20 pour cacolets, 10 pour litières, 1 avec caisses d'outils, 2 haut le pied.

lades. On distribue de nouveau de l'eau de rivière à partir du 12 juin et la distribution continue pendant les mois de juillet et août; à cette époque, les entrées montent à 154 en quelque temps.

Au lieu de prendre l'ensemble de la population, veut-on voir l'influence des eaux de distribution sur un groupe de population ayant les mêmes habitudes, la même vie?

M. le docteur Régnier s'est chargé de fournir la preuve de cette influence. Les sapeurs-pompiers sont répartis à Paris dans diverses casernes; il a noté le nombre des cas de fièvre typhoïde en indiquant l'origine de l'eau d'alimentation. On voit, en 1882, une caserne neuve, bien construite, comme celle de Château-Landon, donner un pourcentage de morbidité de 17 0/0. Les soldats buvaient de l'eau de Marne non filtrée. A la vieille caserne de Jean-Jacques Rousseau, les pompiers buvaient de l'eau de Vanne: la morbidité fut de 7/10 0/0. En 1886, on a substitué à l'eau de la Marne, dans la caserne Château-Landon, de l'eau de la Dhuys; la morbidité par fièvre typhoïde tombe à 2 0/0. Deux seules casernes payent encore un large tribut à la fièvre typhoïde, ce sont celles qui reçoivent de l'eau de la Seine.

Je ne vous parlerai pas des épidémies connues de *Clermont*, d'*Auxerre*, de *Pierrefonds*, de *Joigny*. Je demande seulement s'il n'est pas permis de conclure que ces faits, si nettement observés par des médecins placés vis-à-vis les uns des autres dans des conditions d'isolement, d'indépendance absolue, ne sont pas de nature, même en l'absence de toute autre preuve, à faire la conviction et à permettre de conclure que l'eau a été, dans ces cas, le véhicule de l'agent infectieux.

Cette preuve, nous la possédons, et malgré certaines réserves faites par des auteurs éminents, je la crois formelle; elle confirme absolument les conclusions logiques que l'on est en droit de tirer des faits précédents.

(b) Preuves tirées de l'examen microbiologique.

Après les travaux de Davaine, Pasteur, Koch, tous les médecins au courant de la science furent convaincus que la fièvre typhoïde était une maladie parasitaire. Chacun se mit à l'œuvre avec des succès divers. Après des tâtonnements dus à l'insuffisance de la technique et des erreurs inévitables aux débuts d'une science nouvelle, Eberth décrivit le bacille typhique; il l'avait trouvé dans les organes les plus habituellement atteints. Koch, Gaffky, Cornil et Babès confirmèrent la valeur de ces recherches.

Dès qu'il fut bien établi que les organes des typhiques contenaient des bacilles d'Eberth et que l'on n'en trouvait jamais chez les individus qui n'avaient pas la fièvre typhoïde, on voulut prouver le mode de propagation de la maladie. L'expérience avait appris que les matières fécales étaient l'agent de transmission de cette affection, mais les discussions engagées étaient loin d'avoir suffisamment éclairé le problème. Si l'on veut s'en convaincre, que l'on relise l'excellent article de notre collègue, M. Arnould, publié dans le recueil des travaux du Congrès de Genève en 1882.

Les microbiologistes se livrèrent avec ardeur à la recherche du bacille typhique dans les déjections des malades. Cinq ans seulement après qu'Eberth l'avait trouvé dans les organes, en 1885, Pfeiffer parvient à isoler le bacille sur des plaques de gélatine pendant une épidémie survenue à Wiesbaden. Pourquoi cinq années de recherches pendant lesquelles les résultats furent négatifs? Uniquement parce qu'il se trouvait une lacune dans la technique, parce que les selles contiennent un grand nombre de micro-organismes ayant la propriété de liquéfier la gélatine. Dès le deuxième ou troisième jour, cette liquéfaction empêche de se livrer à la recherche des bacilles qui, comme celui de la fièvre typhoïde, évoluent lentement.

Une petite modification dans la technique fit que des résultats presque constamment heureux remplacèrent les résultats négatifs.

Il suffit, en effet, d'ajouter quelques gouttes d'acide phénique aux tubes de gélatine pour empêcher le développement des colonies de micro-organismes qui la liquéfient. Cet antiseptique enraye leur culture. Il est possible alors d'attendre le développement plus lent des colonies de bacilles typhiques et d'obtenir par le microscope, par la bactériologie, la confirmation des opinions formulées par tant d'observateurs.

Le bacille conserve toute sa vitalité dans les déjections typhiques; le premier devoir de l'hygiéniste est d'empêcher celles-ci de propager la maladie en se répendant dans l'atmosphère, en s'infiltrant dans les eaux que l'on boit.

Les recherches de Bouchard, qui datent du Congrès de Londres, de Seitz, montrent que dans des conditions spéciales, quand le rein est malade, le bacille typhique peut s'éliminer

---

d'émargement, à certains inspecteurs qui ont dédaigné sans doute d'être professeurs de Faculté.

En notre vie de dévouement, il ne messied pas d'éprouver plus d'amour pour la Science que pour les beaux yeux de la cassette.

On semble (et c'est là le condamnable) s'être beaucoup plus préoccupé de soi que du blessé. On paraît avoir redouté la gène de diagnostic, le haut contrôle clinique, l'expérience des Maîtres, toutes choses qu'une Direction sûre de son savoir eût accueillie avec joie, mais que la nôtre repoussa pour des raisons sans doute de trop plein.

En sorte que si nous avons aujourd'hui, par le fait de Directions et de Commissions un peu éprises d'elles-mêmes, moins d'éléments de diagnostic et de cure que nos voisins de l'Est, nous possédons en revanche plus d'impedimenta de route, plus de cacolets, de litières, de mulets, d'embarras de voitures, surtout de voitures d'administration, au chargement de 1,200 kilos comprenant, au milieu de 30 mains de papier (papier à états, papier à lettres, papier à enveloppes, papier blanc ordinaire), un véritable *complet de bureau*; 4 bouteilles de carmin, 4 de sandaraque, 8 batons de cire, 4 morceaux de colle à bouche, 100 grammes de pains à cacheter et 4 grimaces (?) de pains à cacheter.

On se croirait au Ministère.

* *
*

Il est vrai que si nous prenons leur Règlement, les Allemands nous rendent à copiste copiste et demi. Bergmann et après lui le Ministre de la guerre de Prusse, que l'on ne rêvait pas si plagiaires, se sont donné licence (en contrefacteurs endurcis) de calquer la solution antiseptique et ce que le BULLETIN MILITAIRE OFFICIEL (1) appelle avec une pieuse complaisance « les procédés de M. le pharmacien Thomas ».

Il y manque bien la « gomme du Sénégal lavée, 10 grammes », mais c'est fait exprès.

(1) Qu'on nous permette de relever dans ce BULLETIN, *partie supplémentaire*, 1887, 1er semestre, le comble de l'erratum: On lit aux numéros 87 et 121 la relation d'une distribution de prix du 9 février, à deux médecins militaires. Il est évident qu'on ne s'est pas rappelé au nº 121 qu'on avait déjà imprimé cela au nº 87. C'est le *Palmarès* en double expédition — involontaire et aux frais du contribuable.

par les urines, et que dans ces conditions celles-ci sont également suspectes.

Nous savons donc : 1o Que le bacille d'Eberth est la caractéristique microbiologique de l'infection typhoïde ; 2o que ce bacille se retrouve à une certaine période dans les matières fécales des individus atteints et, dans des conditions spéciales, dans leurs urines ; ces faits ne sauraient plus être contestés.

Pouvons-nous tirer une nouvelle conclusion? Et dire : l'eau transporte ces germes pathogènes et peut servir à la propagation de la maladie?

L'expérience des épidémiologistes de ce siècle nous a appris qu'il y a entre les épidémies de fièvre typhoïde et la souillure des eaux qui servent à l'alimentation une étrange coïncidence. La recherche bactériologique nous permet-elle d'aller plus loin?

En 1886, Michael et Mœrs constataient la présence du bacille typhique dans l'eau qui servait à l'alimentation d'un groupe de personnes dont quelques-unes étaient atteintes de fièvre typhoïde.

En 1886 également, MM. Chantemesse et Widal retrouvaient ce bacille dans l'eau d'une fontaine servant à l'alimentation d'une famille composée de sept personnes, sur lesquelles cinq avaient la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse l'a mis en évidence à Pierrefonds, à Clermont-Ferrand ; il en a été de même dans un certain nombre d'épidémies de fièvre typhoïde dont la relation n'a pas encore été publiée.

L'identité de ce bacille cultivé, ensemencé par MM. Chantemesse et Widal avec celui de la fièvre typhoïde, ne saurait être mise en doute. Ils ont ponctionné avec un trocard stérilisé la rate des malades atteints de fièvre typhoïde: ils ont cultivé pareillement les microbes ainsi recueillis et ceux trouvés dans l'eau mise en expérience ; le développement des colonies, les caractères morphologiques et biologiques, le mode de culture, la sporulation et la coloration, se sont montrés identiques.

Le 4 juin 1887, le docteur Beumer (de Greifswald), communiquait des observations analogues, faites à l'occasion d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Wacheron.

Cette confirmation des résultats obtenus en France nous a été particulièrement précieuse; évidemment le docteur Beumer ignorait nos recherches, car il ne les cite pas. Il n'a donc pu être influencé par l'opinion de ses devanciers.

Il y a quelques mois, nous avions cru pouvoir conclure de ces diverses enquêtes que la valeur pathogène du bacille d'Eberth était hors de contestation, qu'une partie du problème hygiénique de la préservation des populations était élucidée.

Cette conclusion n'a pas été acceptée par tous les auteurs, et il nous reste à présenter les objections qui ont été opposées à notre opinion.

Les uns affirment que l'eau, telle qu'elle se présente dans la nature, et fût-elle riche en matières organiques, est un milieu antipathique aux bactéries pathogènes.

Cette assertion est inexacte : MM. Chantemesse et Widal ont ensemencé comparativement avec des bacilles typhiques des tubes contenant : les uns du bouillon peptone, les autres de l'eau de l'Ourcq stérilisée. Les tubes conservés pendant trois mois à la température de la chambre ont donné, par ensemencement, des colonies typhiques.

Wolffügel et Riedel ont constaté que, dans les eaux de toute provenance, celles des rivières, des sources, etc., filtrées ou non filtrées à travers la porcelaine, intactes ou mêlées à de l'eau distillée, les bactéries pathogènes les plus importantes, microbes de la fièvre typhoïde, du charbon, du choléra, subissaient une multiplication analogue.

Le docteur Thoinot a communiqué à l'Académie de médecine les résultats de l'examen bactériologique des eaux de la Seine prises au-dessus de Paris ; il a pu y trouver des bacilles de fièvre typhoïde.

La question est donc résolue : les bacilles de la fièvre typhoïde peuvent se développer et vivre dans l'eau qui sert à l'alimentation.

Certainement les conditions de pureté chimique, de renouvellement ou de stagnation ont une grande influence sur la pullulation des germes, mais aucune des eaux examinées n'est susceptible de résister à un ensemencement de bacilles typhiques.

La grosse objection, celle à laquelle on se heurte constamment dans ces enquêtes et que quelques médecins répètent volontiers, est celle-ci : « Ce n'est pas l'eau qui a répandu l'épidémie, car moi, ma famille, mes enfants, en avons bu ; nous continuons à en boire et nous n'avons pas la fièvre typhoïde. »

Cela ne saurait égarer la justice.

Il y a flagrant délit.

Vous m'objecterez que Bergmann a publié sa formule il y a des années, que le *Kriegs sanitæts ordnung* l'a adoptée en mai 1886, que la nôtre, même avec la gomme du Sénégal lavée et ses procédés tout neufs, n'est que de novembre 1886, c'est-à-dire puînée de six mois.

Que par conséquent j'ai dû intervertir l'ordre des facteurs et faire quelque détestable confusion.

C'est possible.

Et je le crains d'autant plus qu'une décision ministérielle de 1887 vient de réglementer en Allemagne un nouveau progrès, le paquet de pansement du soldat (*Verbandpackchen*), paquet qui sert aussi de réserve de pansement très pratique, en l'approvisionnement du poste de secours du détachement sanitaire et du *feld lazareth*, qu'on a inauguré à Berlin, à Breslau et en notre Strasbourg des *Cours de perfectionnement* pour les médecins militaires où les découvertes récentes de la Chirurgie de guerre sont l'objet d'une étude spéciale.

Toute marche en avant que nous suivrons de loin avec des retards divers.

Comme à la remorque.

Je pensais avec un vif plaisir de revanche, je l'avoue, avoir pris la Direction sanitaire allemande, plus immodeste que la nôtre, la main dans le sac de nos brevets d'invention antiseptiques.

Il est dur d'y renoncer.

Dr Amédée Chassagne.

(*A suivre.*)

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 17 octobre 1887.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

L'analyse des faits observés permet de répondre à quelques-unes des questions que soulève cette objection.

Les personnes exposées peuvent avoir acquis une immunité personnelle par une maladie antérieure de même nature. Il y a là une sorte de vaccination, d'innocuité acquise. Ainsi à Pierrefonds, trois familles furent atteintes. Elles comprenaient 24 personnes, 20 furent frappées; sur les 4 personnes indemnes, 3 n'ont bu de l'eau de Pierrefonds qu'un seul jour. Ces dernières ont-elles été préservées parce que l'eau bue les 6 et 25 septembre ne contenait pas de germes, ou parce que l'infection ne se produit que si on ingère un certain nombre de ces germes, ou bien encore parce que ces personnes avaient eu antérieurement des accidents de même nature, méconnus, mais capables de leur conférer l'immunité? C'est ce que l'on ne saurait dire. Mais peut-on affirmer que cette immunité ne soit acquise que lorsqu'on a eu une fièvre typhoïde nette, classique? Cela nous semble douteux.

Tous les membres de la famille F... (huit personnes) sont tombés malades du 25 au 28 septembre. Voyons comment chacun d'eux a subi l'épreuve.

Quatre d'entre eux avaient eu la fièvre typhoïde antérieurement; eux seuls ne sont pas morts. Le père, 57 ans, avait eu une fièvre typhoïde grave à 18 ans; la nouvelle atteinte a été assez bénigne. La mère, 51 ans, avait eu une fièvre typhoïde extrêmement grave à 18 ans; la nouvelle atteinte fut bénigne, il n'y eut pas de taches rosées lenticulaires. Une des filles, Mlle Marguerite, 26 ans, avait eu une fièvre typhoïde grave trois ans auparavant; elle eut pendant quelques jours des accès de fièvre survenant le soir et accompagnés de torticolis. La femme de chambre, 25 ans, avait eu la fièvre typhoïde cinq ans auparavant; elle eut une nouvelle atteinte peu grave.

La préservation semble avoir été d'autant plus grande que la fièvre typhoïde antérieure était plus récente.

Les quatre autres personnes succombèrent: deux le onzième jour, une le treizième, une le dix-septième de la maladie.

Dans la famille P..., composée de neuf personnes, sept ont été atteintes à des degrés très divers. Le commandant P... ne croit pas qu'aucune d'elles ait eu antérieurement une fièvre typhoïde ou muqueuse; Mme P..., 38 ans, a été vingt et un jours malade, assez sérieusement, sans que le docteur Pénard, qui l'a soignée à Versailles, ait cru devoir prononcer le nom de fièvre typhoïde. Sa fille aînée, Mlle Marthe, 14 ans, a été également malade pendant vingt et un jours; comme pour sa mère, M. le docteur Pénard n'a pas cru devoir déclarer qu'elle était atteinte de fièvre typhoïde. Son frère, Pierre, 12 ans et demi, a eu au contraire une fièvre typhoïde grave avec délire, température élevée, etc. Les deux autres fils, Henri, âgé de 11 ans, Robert, âgé de 9 ans, ont dû s'aliter pendant dix ou douze jours, et sont restés quinze jours sans appétit; M. le docteur Pénard désigne leur affection sous le nom d'embarras gastrique. Enfin, la dernière petite fille, âgée de 8 ans, a été alitée pendant douze jours; elle a eu de violents accès de fièvre; elle s'est rapidement rétablie. La femme de chambre, Henriette L..., âgée de 23 ans, tombée malade le 10 septembre, a été alitée avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; si son état ne mérite pas le nom de fièvre typhoïde, d'après M. le docteur Pénard, il faut dire au moins, suivant lui, que cette jeune femme avait une affection d'aspect typhique. La cuisinière, femme L..., âgée de 35 ans, n'a pas été malade, ainsi que nous l'avons dit.

Dans la famille V..., composée de sept personnes, nous en trouvons deux indemnes, le capitaine et sa belle-mère. Nous avons dit plus haut qu'ils n'avaient bu qu'un jour de l'eau de la fontaine Caron. Mme V..., 36 ans, a eu une fièvre typhoïde grave qui a duré deux mois; une phlébite est survenue pendant la convalescence. Sa fille, 11 ans, a eu une fièvre typhoïde assez grave. Les deux petits garçons, âgés de 9 et de 6 ans, ont eu des accidents analogues, mais de moindre durée et de moindre gravité. La domestique, 17 ans et demi, a eu une fièvre typhoïde grave qui l'a retenue deux mois à l'hôpital.

Quelque diverses qu'aient été les manifestations de la maladie chez ces différentes personnes, il est incontestable qu'elles ont été soumises à une même influence pathogène, que la nature de ces affections, variée en apparence, est identique en réalité.

Il y a dans l'échelle de gravité de ces maladies une variété infinie que nous pouvons comparer à ce que nous savons de la variole. Entre la variole confluente la plus grave et la varioloïde qui se caractérise par trois ou quatre boutons, quelle que soit la différence apparente, il y a identité de nature. « Peut-être, disait Lorain (1), y a-t-il une typhoïdette comme il y a une varioloïde; rien ne s'oppose à admettre cette hypothèse, mais c'est une hypothèse. »

Ce que Lorain considérait comme une hypothèse me semble aujourd'hui absolument démontré, et je demande que l'on admette dans la nosologie ce terme de *typhoïdette* qui a le grand avantage de rappeler, plus que les dénominations actuellement usitées, les rapports d'origine de quelques-uns de ces états gastro-intestinaux.

L'expression pathologique de l'infection s'est donc traduite chez ces vingt malades tantôt par la fièvre typhoïde la plus grave, tantôt par des états typhiques, tantôt par des embarras gastriques plus ou moins prolongés, tantôt par de véritables accès de fièvre assez intenses. Si ces états morbides n'avaient pas éclaté dans un même foyer, leur valeur nosologique aurait été certainement méconnue.

Ce n'est pas le lieu de rechercher pourquoi les membres d'un groupe de personnes, soumises à une même influence morbide, présentent des formes si variées de la même maladie. Nous savons depuis de longues années que la réceptivité morbide est personnelle à chacun de nous suivant son âge, suivant son état de santé antérieur ou actuel. Nous avons appris plus récemment que la dose des virus ingérés ou inoculés a une influence sur l'intensité des manifestations morbides qui résultent de leur absorption; peut-être aussi, puisque les germes morbides vivent dans l'eau pendant un certain temps, puis en disparaissent, ont-ils une activité virulente variable avec l'âge de la colonie.

Toutes ces questions nous entraîneraient trop loin. Ce que nous voulons bien mettre en évidence, c'est le point suivant. Sur vingt-quatre personnes, vingt ont été frappées. Sur celles-ci, quatre sont mortes; six ont guéri, mais ont eu une fièvre typhoïde bien caractérisée; six autres ont eu des états fébriles typhiques, deux autres des affections courtes, dites embarras gastriques, bénignes en apparence; deux enfin des accès de fièvre assez violents. Le caractère de ces diverses manifestations ne prend sa signification vraie que parce qu'elles

(1) P. Lorain, *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*, t. II, p. 135, Paris, 1877.

se sont développées simultanément et dans un même milieu.

Ces formes diminuées de l'infection typhoïde confèrent-elles, comme la fièvre typhoïde elle-même, une immunité relative devant une nouvelle infection typhoïde? La typhoïdette préserve-t-elle de la fièvre typhoïde, comme la varioloïde de la variole?

Cela me semble extrêmement probable, et c'est vraisemblablement à une infection antérieure analogue, dont la nature a été méconnue, que l'on peut rapporter l'immunité relative dont jouissent les habitants de ces régions si souvent visitées par la fièvre typhoïde. Et, comme d'autre part, le peu de gravité de ces accidents en cache souvent la nature, lorsque l'on recherche dans les antécédents s'il y a eu une affection typhoïde, on ne peut la découvrir, elle est restée ignorée des malades et des médecins.

Je suis donc porté à penser que si quelques personnes jouissent, comme pour la variole, d'une immunité personnelle innée, d'autres, en beaucoup plus grand nombre, trouvent pour l'avenir, dans l'existence antérieure de ces formes atténuées de l'infection typhoïde, une immunité plus ou moins complète et plus ou moins prolongée.

Les autres objections sont celles-ci :

Un grand nombre d'auteurs ont inutilement cherché des bacilles dans l'eau pendant des épidémies de fièvre typhoïde, ils n'en ont pas trouvé. Ces échecs multipliés s'expliquent facilement. La technique appropriée à cette recherche n'est véritablement bien connue que depuis une année ; enfin, il est possible que l'examen de l'eau ait était fait dans quelque cas, à une période trop éloignée du moment où celle-ci avait été infectée.

Une dernière objection m'a toujours un peu étonné. On nous dit : vous n'avez cherché le bacille dans l'eau qu'alors que les fièvres typhoïdes existaient ou avaient existé, la présence de ce micro-organisme ne prouve pas que ce soit lui qui ait donné la maladie, c'est un résultat et non une cause.

Il est évident que, dans l'immense majorité des cas, le bactériologiste interviendra alors que l'épidémie règne ou a régné, il faut un singulier hasard pour qu'il en soit autrement. Cependant l'épreuve faite par M. Thoinot, dans les eaux de la Seine, semble prouver que si, en amont de la ville, on trouve le bacille dans l'eau, ce ne sont pas les fièvres typhoïdes de Paris qui ont pu ensemencer la Seine à Choisy, mais les eaux de la Seine qui ont pu donner la fièvre typhoïde à Paris.

En résumé, l'observation directe, les recherches bactériologiques, sont en parfait accord. L'eau peut être l'agent de propagation de la fièvre typhoïde.

Le caractère des épidémies qui ont une origine aquatique sont la dissémination de l'affection dans le groupe qui s'alimente à une même prise d'eau, puits, fontaine, etc., et la presque simultanéité d'explosion de la maladie dans le groupe atteint.

Nous ne retrouvons pas ce même caractère dans les autres modes de propagation de la maladie.

II. Propagation par l'air.

La possibilité de la propagation de la fièvre typhoïde par l'eau n'exclut pas la possibilité de sa propagation par l'air, nous pouvons en citer des exemples incontestables, il sera facile de voir dans quelles couches restreintes s'exerce l'infection qui a cette origine. En lisant ces observations, j'appellerai de plus votre attention sur une circonstance particulière, c'est que dans les cas suffisamment nets, cités jusqu'à ce jour, il semble que les germes de fièvre typhoïde ont eu pour véhicule de l'air humide.

Mon collègue, le professeur Bouchard en a rapporté quelques-uns le 12 septembre 1877, au Congrès médical international de Genève.

« Gielt raconte qu'un homme ayant contracté à Ulm le germe du typhus abdominal, revient dans son village, où la maladie ne s'était pas montrée depuis de longues années : l'affection se développe chez lui et parcourt ses périodes. Les déjections du malade sont jetées sur un fumier. Au bout de quelques semaines, cinq hommes sont employés à enlever ce fumier ; sur les cinq, quatre sont atteints de fièvre typhoïde ; le cinquième présente un catarrhe intestinal avec tuméfaction de la rate. Les déjections de ces nouveaux malades sont enfouies sous un autre fumier, qui n'est enlevé qu'après neuf mois. Deux hommes ont été employés à ce travail ; l'un d'eux contracte la fièvre typhoïde et meurt. Budd rapporte une observation non moins démonstrative ; elle a pris rang dans la science sous le nom d'épidémie du couvent du Bon-Pasteur.

« Un vice de construction des conduits de vidange, avait produit depuis longtemps déjà des infiltrations très étendues ; la fièvre thypoïde n'existait cependant pas dans la maison. Elle y fut importée par une pensionnaire venue du dehors ; le mal n'atteignit pas plus les personnes qui avaient eu des rapports avec cette malade ; la contagion s'opéra immédiatement par les émanations du foyer souterrain, qui, innocentes jusqu'à ce jour, deviennent contaminantes après l'introduction des déjections spécifiques. Il fut reconnu après l'épidémie qu'aucune communication ne s'était établie entre les conduits obstrués et rompus et les réservoirs d'eau potable.

Liebermeister rapporte que, dans l'hôpital de Bâle, se développaient des cas internes de fièvre typhoïde chez des serviteurs ou chez des malades qui n'avaient pu avoir aucune relation directe avec les salles des fiévreux. Cela s'était observé en particulier dans les divisions des varioleux et des syphilitiques, et spécialement dans deux salles situées l'une au-dessus de l'autre à des étages différents. On reconnut que ces salles étaient longées par un tuyau en bois qui conduisait au-dessus du toit les gaz de la fosse, et que des fissures de ce tuyau laissaient se dégager des émanations dans ces salles. Si ce dernier fait peut être également revendiqué par les partisans de l'infection, les deux précédents, que nous avons pris au hasard parmi beaucoup d'autres, témoignent sans conteste en faveur de la contagion médiate « par l'air ».

Nous résumons d'après Murchison le cas suivant, dans lequel la propagation de la fièvre typhoïde a eu pour origine les émanations d'un égout. (*La fièvre typhoïde*, par Ch. Murchison. — Traduction française. Paris, 1878, p. 73).

« Il y a quelques années, une grave épidémie de fièvre typhoïde éclata dans l'école des garçons attachée à la maison de charité de Colchester. Sur 36 élèves environ, 28 furent atteints. Mais les premiers cas, et en même temps les plus graves, atteignirent les enfants qui occupaient dans la classe les bancs placés sur le trajet d'un courant d'air qui avait lieu entre l'égout ouvert dans le couloir, la porte et le feu qui, à cette époque, était allumé tous les jours. En effet, l'égout fut fermé et la fièvre disparut promptement.

Toute possibilité d'importation parut devoir être exclue, quoique ce point fût soigneusement étudié. Aucun autre cas

de fièvre ne fut remarqué dans le reste de la maison de charité, ni avant ni après. Les élèves qui furent atteints les premiers étaient dans la maison depuis des années et depuis longtemps n'avaient eu un seul jour de sortie. L'établissement était situé en dehors de la ville et les égouts communiquaient seulement avec ceux de deux ou trois maisons de familles riches. Dans aucune d'elles il n'y eut de cas de fièvre. »

Je ne voudrais pas multiplier à l'infini ces relations, je renvoie les lecteurs qui désireraient de plus amples renseignements sur ce point, aux traités classiques et particulièrement à l'ouvrage de Murchison (Trad. française, p. 67 à 98), à la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1877, entre MM. Bouley, Noël, Gueneau de Mussy, Bouchardat, Jaccoud, Chauffard, J. Guérin, et à l'introduction que M. Henri Gueneau de Mussy a placée en tête de la traduction française de l'ouvrage de Murchison.

Je voudrais pourtant encore rappeler le fait suivant également emprunté à Murchison :

« Pendant l'automne de 1858, une épidémie de fièvre typhoïde éclata à Windsor et elle fut l'objet d'études spéciales de la part du médecin du Conseil privé. J'en ai communiqué le compte-rendu à la Société épidémiologique. On calcula que pendant les derniers mois de l'année, 440 personnes, ou environ un vingtième de la population, furent attaquées ; 39 moururent. L'opinion incontestée de tous ceux qui firent des recherches à cet égard fut que la fièvre était due aux émanations des égouts. La plupart des cas en général, mais plus particulièrement tous les cas mortels, sauf un, se trouvèrent circonscrits dans deux des trois quartiers de la ville, l'un situé au-dessus, l'autre au-dessous de la Tamise. Deux de ces quartiers avaient un système complet d'égouts, des lieux d'aisance dans l'intérieur des maisons, et des éviers avec des conduits dans les cuisines et les soubassements. Les égouts dans les deux districts étaient remplis en partie par un flot continuel d'eau chassé de la Tamise et par des réservoirs artificiels. Mais, par suite d'une longue sécheresse, la Tamise avait beaucoup baissé, et par négligence on avait laissé ces réservoirs se dessécher. Par conséquent les ordures s'étaient accumulées dans les égouts, et, à cause de leur ventilation très imparfaite, les exhalaisons fétides se répandaient directement dans les maisons.

Dans les deux quartiers mentionnés, les riches et les pauvres furent indistinctement atteints par la fièvre ; mais les cas furent plus nombreux et plus graves dans le bas quartier, où tous les égouts de la ville se réunissaient et où ils avaient la pente la moins rapide, c'est-à-dire au bas de Sheet Street, près des casernes. Les habitants de ce quartier se plaignirent de sentir dans les maisons des odeurs infectes venant des égouts, et particulièrement dans les maisons où la fièvre fut constatée. Le quartier de la ville qui fut presque exempt de fièvre était le plus pauvre, et le choléra y avait sévi avec la plus grande intensité en 1849. Bien que les égouts de cette partie de la ville aient souffert du manque d'eau, les lieux d'aisance étaient en dehors des maisons et il n'existait aucune communication ni par les conduits d'évier, ni autrement, entre les égouts et l'intérieur des maisons. A peu d'exceptions près, on ne se plaignait pas de mauvaises odeurs dans ce quartier. Une femme cependant se plaignait amèrement d'une odeur infecte venant d'un égout situé en face de sa porte. La fille de cette femme mourut de la fièvre. Aucun cas de fièvre n'eut lieu au château de Windsor qui, ainsi qu'on peut le voir dans un plan reproduit dans l'ouvrage de Murchison (trad. franç., p. 80), avait un égout particulier, n'ayant aucun rapport avec ceux de la ville ; il était bien ventilé et était irrigué chaque matin par une source d'eau spécialement affectée à cet usage. Quelques-unes des maisons dépendant des écuries royales et dont l'égout communiquait à l'égout particulier du château eurent le même privilège. Dans le reste des écuries, séparées des autres par un simple chemin, mais communiquant avec l'égout de la ville, il y eut trente cas de fièvre et trois décès. Cependant tous les habitants des écuries s'approvisionnaient d'eau à la même source. Enfin quelques cas de fièvre se sont aussi présentés dans le bâtiment collégial du château, qui était également en communication avec l'égout de la ville. »

Mon ami le Dr Landouzy m'a communiqué les deux observations suivantes, qui se rapportent à la propagation de la fièvre typhoïde par les tuyaux d'évent.

En 1881, j'ai, avec les professeurs Bouchard et Brouardel, soigné, au no ... du boulevard Sébastopol, un jeune homme de 25 ans, B... (Emile), pour une fièvre typhoïde des plus graves. Ce jeune homme, commerçant, appartenant à une famille composée de dix personnes, eut seul la fièvre typhoïde, et pourtant il vivait *en apparence* identiquement de la vie de tout le monde, prenait ses repas avec ses parents. Personne dans la famille n'avait eu ni dothiénenthérie, ni maladie à caractères typhoïdes.

L'enquête que je fis touchant l'origine de cette fièvre typhoïde, qui mit B... en danger de mort et qui le frappait seul au milieu d'un groupe de dix personnes, me révéla les particularités suivantes :

Tandis que les neuf autres personnes dont se composait la famille habitaient un assez vaste appartement, au quatrième au-dessus de l'entresol, prenant jour et air, d'un côté, sur le boulevard Sébastopol, de l'autre côté, sur une large cour, Emile B..., l'aîné de la famille, occupait seul un tout petit appartement de garçon à l'entresol, dans l'un des angles de la cour.

Sur cette cour (carré long) prend également jour un grand corps de bâtiment dont la façade principale est rue Saint-Denis. On accède à cette cour aussi bien par la rue Saint-Denis que par le boulevard Sébastopol. Cette maison de la rue Saint-Denis est également occupée par le commerce (passementerie) ; c'est assez dire que, tant dans les deux immeubles que dans la cour, le nombre des allants et venants est considérable.

Dans un angle de cette cour se trouvaient, au rez-de-chaussée, deux latrines à la turque — deux lunettes — auxquelles se rendaient non seulement les habitués de la maison, mais encore toute personne du voisinage. Ces latrines, qui avaient assez la forme et la hauteur de deux guérites accolées, affleuraient, par les tuyaux d'évent à 50 centimètres environ de l'entresol. Or, les fenêtres d'entresol qui donnaient dans cet angle de la cour étaient, précisément, les seules deux fenêtres par lesquelles prenaient air et lumière les deux chambres dont se composait exclusivement l'appartement de B... (Emile) ; la fenêtre de sa chambre à coucher était précisément celle qui était la plus rapprochée des tuyaux.

Je crus devoir trouver dans *cette prise d'air sur des latrines* quasi publiques, la *cause* de la fièvre typhoïde de B... (Emile), de la raison de ce fait que seul parmi toute une famille il

avait été contaminé : en dépit de toutes les apparences il vivait autrement que tous les membres de sa famille, exposé à la contagion, il avait été contagionné.

2° En 1883, j'ai vu, avec mon collègue du Val-de-Grâce, le Dr Robert, en consultation, boulevard des Batignolles (non loin du collège Chaptal), Mlle D..., superbe jeune fille de 15 ans, en proie à une fièvre typhoïde sévère. La jeune fille occupait avec ses parents et deux domestiques (en tout cinq personnes), un petit hôtel entre cour et jardin ; nul n'avait été malade dans l'entourage, la jeune fille seule fut atteinte.

L'enquête à laquelle je me livrai me donna la clé de la maladie isolée de la jeune fille, en même temps qu'elle me révéla un fait à peine croyable.

Ce petit hôtel se compose d'un rez-de-chaussée sur cave, d'un premier et d'un second mansardé. La façade principale, façade sud, regarde boulevard des Batignolles ; au premier, sur cette façade, se trouve la chambre occupée par les parents. Au même étage, sur la façade est, se trouve, éclairée par une grande fenêtre, la chambre de la jeune fille. A 50 centimètres environ au-dessous de cette fenêtre, exactement dans son axe, venait finir un tuyau d'évent de la fosse d'aisance de l'hôtel.

J'osai conclure que la jeune fille avait été placée aux meilleures loges pour gagner la fièvre typhoïde ; elle vivait et respirait, par le fait d'une inadvertance d'architecte, sur une fosse d'aisance qui, elle non plus, « ne sentait pas mauvais », car personne n'avait jamais remarqué ce tuyau.

A Bruxelles, il y a quelques années, les habitants d'un quartier neuf furent envahis par une épidémie de fièvre typhoïde très sévère.

L'enquête démontra que l'infection s'était faite parce que les syphons placés dans les tuyaux de chute, qui devaient intercepter la communication entre l'atmosphère des égouts et l'appartement, étaient défectueux.

Au Hâvre, le maire, M. Siegfried et sa famille, furent victimes d'une disposition défectueuse analogue.

Dans tous ces cas, dont il serait bien facile d'augmenter la liste, il faut remarquer que la fièvre typhoïde est restée confinée dans les points infectés par l'atmosphère viciée et, de plus, que chaque fois l'air était imprégné d'humidité. Je ne dis pas que l'air sec soit incapable de servir de véhicule au bacille, mais il semble que, comme pour les fièvres intermittentes, l'humidité soit une circonstance favorable.

MM. Chantemesse et Widal ont cherché à savoir si l'on retrouve dans l'atmosphère le bacille typhique. Leurs expériences, commencées il y a quelques semaines, sont encore incomplètes ; ils ont placé dans un tonneau des matières fécales typhiques ; ils ont recueilli l'air qui en sort à travers un dispositif spécial, en faisant un appel avec une trompe d'eau.

Jusqu'à ce jour, ils ont facilement capturé les micro-organismes d'origine fécale, mais ils n'ont pas encore isolé le bacille typhique. La technique est encore probablement insuffisante, mais les premiers résultats obtenus font penser que quelques perfectionnements permettront d'arriver à une démonstration scientifique.

Avant de rappeler le dernier mode de propagation, je dois m'expliquer sur la théorie qui a été développée avec un grand talent par notre éminent maître et collègue, M. le professeur Pettenkofer. Celui-ci avait remarqué qu'à Munich, il y a une relation constante entre la morbidité typhoïde et les oscillations de la nappe d'eau souterraine. Les rémissions et les exacerbations épidémiques correspondent les premières à l'élévation, les secondes à l'abaissement des eaux profondes. C'est moins l'abaissement absolu que les oscillations qui semblent provoquer ou enrayer les poussées épidémiques. M. Pettenkofer en avait conclu que, sous l'influence du retrait des eaux, les matières organiques abandonnées dans le sol à la putréfaction produisaient l'empoisonnement typhique.

D'autres observateurs publiaient un certain nombre d'exemples contradictoires. Je ne me range pas à leur combinaison, qui aboutit à la négation de cette influence ; suivant moi, il existe dans la théorie de Pettenkofer une grande part de la vérité, mais la théorie est incomplète. Quand la nappe d'eau souterraine s'abaisse, les sources ou les rivières subissent dans leur afflux une diminution semblable, mais surtout il se produit dans cette nappe souterraine un courant qui met en mouvement les débris organiques et les dirige vers les parties déclives, c'est-à-dire vers les origines de la collection des eaux.

D'autres fois, là au contraire où la fièvre typhoïde a coïncidé avec l'élévation de la couche souterraine, on trouve souvent la contamination par un puits, c'est-à-dire que cette nappe qui vient laver le sous-sol se déverse dans un puits et y amène les bacilles typhiques.

III. — Je n'insisterai pas sur la propagation directe *par contact des mains* avec les linges souillés, comme y sont exposées les blanchisseuses, les infirmières, gardes-malades, etc.

Dans ces conditions, si la main transporte directement à la bouche ou dépose sur les aliments, le pain en particulier, les souillures dont elle est chargée, la propagation est directe et ne présente aucune difficulté d'interprétation, mais ce mode d'infection est relativement assez rare.

Mesdames, Messieurs,

J'ai volontairement passé sous silence quelques points secondaires, dont la discussion m'entraînerait trop loin, tels que la propagation de la fièvre typhoïde par le lait, dans lequel on ajoute trop souvent de l'eau, la survie des bacilles qui, suivant les circonstances, dépasserait parfois 7, 8, 12 mois, la sporulation des bacilles, etc.

J'ai restreint le terrain de cette conférence, ne voulant montrer que ce qui est dès aujourd'hui applicable. En hygiène publique, il ne suffit pas de disserter et d'apporter des preuves académiques, il faut avoir le courage de tirer des faits scientifiquement établis, des conclusions applicables. Il faut que notre conviction dans la valeur des démonstrations soit assez forte pour que nous prenions vis-à-vis des pouvoirs publics la responsabilité de nos conseils. Quels sont ceux qui résistent aux faits ci-dessus exposés ?

Les germes de la fièvre typhoïde ont pour véhicules l'eau, l'air, les linges des malades, et les mains de leurs gardes. Mais, au point de vue du tribut que les populations payent à cette maladie, l'eau est le distributeur qui le porte 90 fois sur 100. Quand une source ou une fontaine est polluée par des bacilles typhiques, elle empoisonne une famille s'il s'agit d'un puits, un groupe de maisons quand il s'agit d'une source, une ville tout entière quand c'est la rivière ou une des sources canalisées qui ont été infectées.

Or, en hygiène, heureusement, il nous est plus facile de placer l'eau d'une ville à l'abri de toute souillure que d'empêcher l'air de lécher une déjection immonde. L'expérience nous a appris que ce sont les grandes villes dans lesquelles

se perpétuent les épidémies de fièvre typhoïde, que c'est d'elles que rayonnent les transmissions de cette maladie. Il peut être onéreux de capter une eau pure et de la distribuer à une population, mais cela est possible; n'a-t-on pas dit, répété avec raison, que rien ne coûte cher comme une épidémie?

N'est-il pas vrai qu'une maladie qui tue mille, deux mille personnes tous les ans, frappe, au point de vue économique, plus cruellement une population que l'impôt qui aurait permis d'épargner la vie de quelques milliers de citoyens fauchés de 15 à 25 ans, à l'âge où on a déjà beaucoup coûté et rien rapporté à sa patrie? Il faut, si vous partagez ma conviction, que nous fassions dans tous les pays un effort énergique, que nous prêchions le bon combat, celui de la préservation de la vie humaine. Nos preuves sont suffisantes. Les pouvoirs publics ne demandent qu'à être convaincus. Ils hésitent parce qu'ils trouvent parmi les médecins des dissidents. En est-il un parmi nous qui ose soutenir une opinion inverse et qui ait des convictions adverses assez vigoureuses pourdire : non, l'eau dans laquelle on verse des déjections de typhiques, ne donne pas la fièvre typhoïde? Que celui-là se lève et qu'il assume devant nos successeurs, devant ceux qui viendront demain, la responsabilité des morts que sa résistance aura entraînées. (Acclamations enthousiastes.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

ARCACHON : VILLE D'ÉTÉ, VILLE D'HIVER.—TOPOGRAPHIE ET CLIMATOLOGIE MÉDICALES, par le docteur FERNAND LALESQUE. In-8º de 220 pages, avec photographies et carte géographique. — G. Masson, éditeur. Paris, 1886.

« C'est le devoir de tout médecin praticien, dès qu'il arrive dans la contrée où il doit exercer l'art de la médecine, d'étudier les caractères généraux du milieu dans lequel il va se trouver en lutte avec la maladie. » Ces quelques paroles, placées tout au début de son livre, vont servir de programme à l'auteur. Disant fort bien ce qu'est le climat d'Arcachon, ce qu'il peut, ce qu'on est en droit de lui demander, il en déduira toute la série des avantages que devronty trouver les malades. Et si d'aucuns ont des tendances à le voir faire un véritable plaidoyer *pro domo*, nous reconnaîtrons cependant, sans l'absoudre tout à fait, qu'il a étayé sur de solides preuves la plupart de ses assertions.

La station resta ignorée fort longtemps, et c'est en 1826, paraît-il, que Legallois y fit construire un hôtel. Serraméa ne la décrivait en 1840 que comme une solitude ensoleillée, alors que vingt ans plus tard Rollet l'indiquait comme une ville dans son plein développement, très courue pour ses bains de mer.

Située au fond du golfe de Gascogne, par 44º,40 de latitude nord et 3º,30 de longitude ouest, la ville basse ou ville d'été est entre la mer et une ligne de dunes, tandis que la ville haute, ou ville d'hiver, est bâtie dans une gorge résultant de l'entrecroisement de ces dernières. Le sol a été entièrement conquis sur l'Océan, ainsi que le prouve sa constitution géologique : au-dessus de la couche des faluns est venue se superposer la couche tertiaire du sable des landes, recouverte elle-même par une couche plus récente de terrains modernes, dunes et alluvions. Extrêmement perméable, il laisse filtrer les eaux. Ce caractère est absolument spécial à Arcachon, puisque, à une petite distance, se rencontrent dans le sous-sol des concrétions ferrugineuses réunies solidement, et comme cimentées en masse, portant le nom d'alios. Ici les eaux stagnent et engendrent des marais dont le drainage aurait en raison à l'heure actuelle, aussi la malaria n'existerait plus que dans le souvenir. Au reste, l'épais rideau d'arbres de la forêt serait là pour masquer la route du miasme paludéen dans la forêt. Les pins y sont en majorité; viennent ensuite les chênes, les bruyères, les genêts, les ajoncs, les houx, les ronces, l'aubépine, le prunellier, les fougères et des mousses en tapis continu. Parmi les champignons, on y rencontre les bolets et les agaries; l'aster trifolium, le phylolacca décandra, le chenapodium ambrosioïde..., sont des plantes d'origine exotique acclimatées.

L'eau potable a été rare assez longtemps à Arcachon : les puits filtrants, les puits artésiens étant devenus insuffisants, on a dû la transporter du lac de Cayeaux. Excellente à tous égards, elle est fournie à chaque habitant dans la proportion de 350 litres par jour.

Au point de vue de la température, la station est très favorisée. Les oscillations ne s'y produisent que lentement, et bien que les chaleurs atteignent parfois un degré assez élevé, la constance dans leur répartition entre les années, les saisons, les mois, en est la véritable caractéristique. Le thermomètre donne comme moyenne annuelle 13º avec 8º en hiver, 12º,7 au printemps, 18º,8 en été, 14º en automne. Une des principales causes de cette uniformité réside dans la grande quantité d'eau que contient l'atmosphère, dans l'élévation de son état hygrométrique. Quant au régime des pluies « il est tel que, pour être fréquentes, les chutes d'eau n'ont jamais une longue durée, que les journées entièrement pluvieuses dépassent à peine le tiers de la moyenne annuelle des jours mouillés, qu'on y voit rarement des journées ou des successions de journées signalées par des pluies ininterrompues, qu'après une pluie de quelques instants apparaît souvent un soleil radieux qui rend la promenade possible, qu'à une matinée pluvieuse succède une après-midi inondée de soleil ». Les brouillards ne sont pas fréquents et il est exceptionnel de les voir durer tout un jour. La neige fait de très rares apparitions. Les vents d'ouest apportant l'air pur de la haute mer sont ici dominants.

Nous avons vu qu'on distingue à Arcachon deux villes : la ville basse et la ville haute, autrement dit la ville d'été et la ville d'hiver. La première, éminemment favorable aux bains de mer, possède une plage plate, uniquement faite de sable moelleux et fin, uniformément inclinée en pente douce, à eau très riche en principes salins et dont la température inconstante est plus élevée toutefois que celle de l'eau ordinaire. La seconde, avec ses conditions climatériques particulières, avec ses exalaisons résineuses, est un séjour qui convient aux affections pleuro-pulmonaires et plus spécialement aux tuberculoses éréthiques, congestives, fébriles; aux bronchites chroniques, emphysémateuses; aux asthmes secs et nerveux; aux pleurésies, aux pneumonies... D'autres maladies sont encore justiciables d'un séjour dans la forêt, soit comme prophylaxie, soit comme réparation de désordres généraux, telles sont les anémies profondes succédant à la fièvre typhoïde, à la diphtérie, aux rhumatismes, aux fièvres éruptives.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

— Londres a été choisi à l'unanimité comme lieu de réunion du prochain congrès d'hygiène qui aura lieu en 1891.

— Dans sa séance de clôture, l'Association française pour l'avancement des sciences a choisi la ville de Paris comme lieu de réunion du Congrès en 1889.

M. le docteur Grasset, professeur à la Faculté de medecine de Montpellier, a été élu président de la section des sciences médicales en 1888 (session d'Oran), et M. le docteur Drouineau (de la Rochelle), président de la section d'hygiène et de médecine publique.

— Le préfet de police, sur le rapport du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, considérant que l'emploi du chlorure de chaux solide présente des dangers pour la santé des personnes qui manipulent ce produit dans les lavoirs publics, vient de prendre un arrêté par lequel l'emploi du chlorure de chaux solide est interdit dans lesdits lavoirs.

Mesures sanitaires. — *Autriche.* — Les provenances de tous les ports d'Italie sont assujetties, en Autriche, à une observation de sept jours. Il n'est fait d'exception qu'en faveur de celles de la Vénétie, qui sont soumises à l'inspection médicale et à la désinfection.

Grèce. — Les provenances des côtes orientales de la péninsule italique, depuis les frontières autrichiennes jusqu'à Cotrone sont soumises en Grèce à une quarantaine effective de onze jours. Le lazaret de Trizonia est affecté aux bâtiments destinés à charger du raisin de Corinthe.

Portugal. — Une décision du gouvernement portugais a déclaré infectés de choléra, depuis le 18 août dernier, les ports de l'île de Sardaigne.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le professeur Langenbeck vient de mourir à l'âge de 76 ans. L'Allemagne perd en lui son plus célèbre chirurgien moderne.

*
**

Corps de santé militaire. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire :

Candidats à 16 inscriptions : 1. Barthélemy, 2. Delacroix, 3. Gilles.

Candidats à 12 inscriptions : 1. Claude, 2. Moutet, 3. Amat, 4. Claoué, 5. de la Porte.

Candidats à 8 inscriptions : 1. Albert, 2. Decaux, 3. Biscons, 4 Spillmann, 5. Darricarrère, 6. Boursiac, 7. Ausset, 8. Jouis, 9. Blum, 10. Vielle, 11. Faivre, 12. Moingeard, 13. Arnould, 14. Merlat, 15. Roy, 16. Martin, 17. de Schuttelaëre, 18. Nicolas, 19. Sonrier, 20. Marty.

Candidats à 4 inscriptions : 1. Vialle, 2. Muller, 3. Jacob, 4. Meyer, 5. Cros, 6. Giorgi, 7. Regnault, 8. Le Clerc, 9. Menut, 10. Solmon, 11. Hnot, 12. Mouginet, 13. Cordillot, 14. Lejonne, 15. Toubert, 16. Montalti, 17. Le Fort, 18. Ulliel, 19. Dubuc, 20. Besson, 21. Anne, 22. Monrier, 23. Bauméricille, 24. Masson, 25. Soulié, 26. Descorps, 27. Marotte, 28. Saulay, 29. Dubiquet, 30. Rossi.

— *Armée active : Promotions.* — Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Bernard, des hôpit. milit. de la div. de Constantine ; Ferrier, du 29e rég. d'art.; Loison, des hôpit. de la brig. d'occup. de Tunisie; Ramey, du 17e d'art.; Lebon, des hôp. milit. de la div. d'Oran ; Odile, du 94e d'inf.; Vallois, des hôpit. milit. de la div. d'Alger; Pech, du 11e d'art.; Pauzat, du 140e d'inf.; Fradet, du 23e drag.; Trédos, du 28e d'art.; Jannot, du 1er de chass. d'Af.; Tricot, du 49e d'inf.; Pouillaude, du 21e drag.; de Casaubon, du 20e d'inf.; Letellier, du 45e d'inf.; de Vésian, du 22e drag.; Farganel, du 75e d'inf.; Piussan, du 11e huss.; Kraus, du 27e drag.; Baradat, du 6e chass. à cheval ; Colombel, du 12e hat. de chass. à pied; Brault, du 136e d'inf.; Eymerie, des hôpit. milit. de la div. d'Alger; Boyer, du 9e chass. à cheval; Narbona, du 11e drag.; Duco, du 68e d'inf.; Jacquin, du 3e spahis; François, du 2e cuirass ; Goudal, du 9e drag.; Simon, du 4e huss.; Auger, des hôpit. de la brig. d'occup. de Tunisie; Vaïsse, du 55e d'inf.; Pruvost, du 7e drag.; Estor, du 6e cuirass.; Bosc, des hôpit. de la div. d'occup. du Tonkin et de l'Annam; Sagrandi, des hôpit. de la brig. d'occup. de Tunisie; Boyé, des hôpit. milit. de la div. d'Oran ; Morin, du 7e huss.; Bourdin, du 151e d'inf.; Quéhéry, du 7e d'art.; Saintin, du 4e d'art.; Lejour, du 10e d'inf.; Marignac, du 17e drag.; Drély, des hôpit. milit. de la div. d'Oran.

Jury de l'internat. — MM. Mesnet, Huchard, Faisans, Nélaton, Quénu, Jalaguier, B. Anger.

Ce jury n'est pas définitif.

Jury de l'externat. — MM. Brissaud, Muselier, Schwartz, Martin, Josias, Tuffier, Campenon.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1886-1887.

21. M. Florand. Quelques essais sur l'atténuation et la destruction de la virulence tuberculeuse.—22. M. Batut. Etude sur l'hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne et son traitement. — 23. M. Merveilleux. Des limites à assigner au rôle de l'eau dans la propagation du choléra. — 24. M. Piton. Aperçu sur la médecine en Extrême-Orient (Chine et Japon).—25. M. Guichard. Contribution à l'étude de la trépanation des os longs.

26. M. Morin. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques consécutives et des paralysies d'origine saturnine.—27. M. Lafforgue. Contribution à l'étude médico-légale de l'hypnotisme. —28. M. Puyharet. Contribution à l'étude des paralysies dans la fièvre typhoïde. — 29. M. Tissié. Les aliénés voyageurs, essai médico-psychologique. — 30. M. Bourdon. De la pleurésie infectieuse.

31. M. Durand. Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur la marche des cardiopathies. — 32. M. Retière. Influence de la névrose hystériforme sur les fonctions de la sécrétion rénale. — 33. M. Laville. Contribution à l'étude du traitement de la rétention des règles par atrésie des voies génitales. — 34. M. André dit Duvignaud. Contribution à l'étude des variations du chlorure de sodium dans quelques cas. — 35. M. Moucler. Essai sur l'histoire chronologique de la médecine grecque depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate.

36. M. Puech. Etude sur la pathogénie du décollement de la rétine et son traitement par l'iridectomie. — 37. M. Suard. Contribution à l'étude de la myosite aiguë suppurée. — 38 M. Lainé. De la congestion pulmonaire urémique. — 39. M. Dauhin. Des cysticerques du corps vitré et du fond de l'œil. — 40. M. Lichtwitz. Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et de quelques organes des sens (goût, odorat, ouïe) et sur les zônes hystérogènes des muqueuses.

41. M. Fossard. Traitement des kystes hydatiques du foie.— 42. M. Salaun (François). Quelques cas de tiplolide observés à

l'hôpital maritime de Brest. — 43. M. Duville. Contributions à la géographie médicale (Madagascar et Diégo-Suarez). — 44. M. Pindray. La fièvre typhoïde au quartier d'artillerie de marine à Nouméa (étiologie, prophylaxie). — 45. M. Henzé. Contribution à l'étude des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoïde et presque consécutive.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 SEPT. AU SAMEDI 1er OCTOBRE 1887

Fièvre typhoïde 26. — Variole 6 — Rougeole 9. — Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Diphtérie, croup, 15 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 173. — Autres tuberculoses 20. — Tumeurs : Cancéreuses 34. — Autres 4. — Méningite 21. — Congestion et hémorr. cérébr. 41. — Paralysie 5. — Ramollissement cérébral 8. — Maladies organiques du cœur 54. — Bronchite aiguë 15. — Bronchite chronique 26. — Broncho-pneumonie 10. — Pneumonie 32. — Gastro-entérite : Sein 16. — Biberon 47. — Autres 11. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale 15. — Sénilité 22. — Suicides 17. — Autres morts violentes 5. — Autres causes de mort 148. — Causes inconnues 14. — Total de la semaine : 808 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE CONTEMPORAINE.

La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par les docteurs F. Bourru et P. Burot, professeurs à l'École de médecine de Rochefort. Un volume in-16 de 311 pages, avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue physiologique, par Alexandre Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. Un volume in-16 de 312 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La pratique obstétricale. — Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le docteur Crouzat, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-12 de 290 pages avec 75 figures intercalées dans le texte. — Prix broché : 5 francs. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale : — Cou. — Membre supérieur. — Poitrine. Un volume in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris, 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

HYGIÈNE SCOLAIRE

LE SURMENAGE INTELLECTUEL ET LES COLONIES SANITAIRES DE VACANCES. — Travail lu par M. le docteur DELVAILLE (de Bayonne) à la section d'hygiène du Congrès de Toulouse tenu par l'Association française pour l'avancement des sciences le 22 septembre 1887.

Je voulais traiter devant mes collègues de la section d'hygiène deux questions : celle du surmenage lié à la sédentarité scolaire et celle des colonies sanitaires de vacances.

Mais la première a fait, cette année surtout, l'objet de tant de dissertations, de discussions académiques ou parlementaires, de tant d'articles de journaux spéciaux ou profanes, qu'il me paraît inutile de la traiter avec développements. Je me bornerai donc à quelques considérations très brèves sur cette matière.

Je suis persuadé, d'ailleurs, par tout ce que j'ai lu et observé que le surmenage n'existe pas pour l'enfant de nos écoles primaires, mais qu'il existe pour le maître, surtout pour celui des écoles à une seule classe, dans lesquelles un maître unique doit suffire à l'enseignement des élèves de plusieurs divisions.

J'ai exprimé ailleurs cette idée au moment où M. Freppel évoqua ce fantôme du surmenage qu'd'éminents praticiens devaient essayer de saisir dans les longues discussions de l'Académie de médecine. J'ajoutais alors que si surmenage il y avait pour l'élève, c'était surtout dans les lycées, et encore est-il l'apanage des bons élèves qui se surmènent volontairement, tandis qu'il est à peine sensible pour les maîtres, grâce à la division du travail qui donne à chacun de ceux-ci sa spécialité.

Cependant, si l'on nie le surmenage en tant que mal généralisé, on ne peut contester que l'application des enfants, leur séjour dans des écoles plus ou moins mal aérées et éclairées, leurs attitudes vicieuses en classe, la mauvaise nourriture qu'ils mangent dans leurs familles, l'hygiène défectueuse du foyer paternel, ne soient pour l'enfant des causes de détérioration physique. Et quand ces causes se continuent sur une longue série de générations, la dernière n'offre-t-elle pas un terrain favorable à la maladie, à moins que, par une heureuse réaction, on ne s'efforce d'atténuer pendant les vacances le mal fait pendant l'année scolaire ?

C'est à cette tâche que se sont voués ceux qui ont créé, à l'usage des enfants, les colonies sanitaires de vacances. L'origine de cette institution remonte à l'année 1876, et c'est en Suisse que furent fondées les premières colonies. M. le pasteur Bion, qui raconte lui-même cette histoire dans un rapport officiel publié par notre ministère de l'Instruction publique, a fait envoyer au pied des montagnes de son pays les enfants des écoles suisses que le travail de l'année avait fatigués et anémiés. Sainement nourris, respirant un air pur, libres de

FEUILLETON

ETUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Suite. — Voir le numéro précédent.

II

A vrai dire, les dépenses, même du Ministère de la Guerre, sont aujourd'hui quelquefois discutées, et il n'est pas impossible qu'il ait été refusé quelque chose à l'hygiène des hommes au nom de l'hygiène du budget. Cependant, sur ce point spécial et peut-être unique, les Commissions font montre d'une élasticité bienveillante.

Il serait plus que parfaitement commode de mettre au compte de difficultés budgétaires des difficultés d'un autre ordre, plus personnelles d'initiative et de concept.

Le dernier « roi en exil » de la 7e Direction (et en exil à Paris, ce qui est suffisamment doux et lénitif) dépensait peut-être un peu trop exclusivement son activité (à ce qu'il apparaissait en les journaux militaires) à faire des mutations.

Sans doute, c'est œuvre d'initiative après tout intellectuelle, que d'envoyer à Quimper quelqu'un qui est à Carpentras, et une bonne mutation n'est pas ce qu'un vain peuple pense.

Plusieurs mutations constituent ce qu'on appelle dans les Bureaux « le Travail ».

On dit « le Travail n'est pas terminé, le Travail est à la signature, le Travail va paraître ».

C'est une succession régulière d'efforts.

Et il n'est pas donné à toutes les mains de signer les lettres de service d'un paraphe à la fois majestueux, uniforme et rapide.

Cela, il faut le concéder.

Mais il est désirable que ce ne soient pas en somme les seules réformes princeps perpétrées en plusieurs années d'émargement.

Le nouveau Directeur de santé Dujardin-Beaumetz paraît devoir se placer sans fatigue incomparablement au-dessus de ses deux prédécesseurs. Il a déjà fait quelque chose.

Il a fait un pharmacien inspecteur.

Certes l'armée n'avait peut-être pas un de ces besoins qui

tout souci, effectuant de nombreuses promenades ou des excursions sagement graduées quant à leur durée, ces écoliers ont promptement repris des couleurs, de l'entrain; ils ont engraissé, grandi et grossi beaucoup plus que des enfants de leur âge laissés durant la même période à la ville, soumis aux conditions d'hygiène défectueuse ordinaires.

Cette méthode de régénération a gagné de proche en proche l'Italie, l'Allemagne, le Danemarck, la Belgique, la Russie, la France; elle a passé la Manche; tout récemment elle a franchi les Pyrénées, car les journaux espagnols nous annonçaient que vers la fin du mois d'août dix-huit enfants des écoles municipales de Madrid, conduits par le directeur du Musée pédagogique et par deux maîtres, s'étaient rendus à San Vicente de la Basquera pour y jouir d'un long mois de vacances réconfortantes.

En France, M. Léon Cottinet, auteur dramatique de talent, esprit toujours ouvert au progrès social et tourmenté de généreuses pensées, a organisé avec une persévérance rare des colonies de vacances. Membre du Comité de la Caisse des écoles du XIXe arrondissement de Paris, il voyait de près les misères des enfants du quartier. Les soupes chaudes que cette Caisse donne pendant l'hiver à l'heure de midi étaient déjà une bonne création; de même la distribution des vêtements aux plus nécessiteux; mais ce n'était pas encore assez. M. Cottinet fit appel à ses amis de l'arrondissement, et, dès 1883, on envoya à Chaumont et à Luxeuil neuf garçons et neuf filles pour s'y reposer et y vivre d'une vie presque végétative. Je me trompe. On imposait à ces colonies un travail quotidien : l'inscription sur un cahier spécial de leurs impressions. Que d'observations fines on trouve dans tel ou tel journal de colon, que de pensées délicates ou naïves, et chez tous quelle expression de reconnaissance pour les personnes dévouées qui ont créé et encouragé cette institution !

Ces colonies trouvent d'ordinaire un asile dans les villes où on les établit. C'est l'époque des vacances; par conséquent les écoles normales, les pensionnats, sont vides, et les propriétaires de ceux-ci, comme les directeurs de celles-là, peuvent mettre à la disposition de la colonie leurs dortoirs, leurs réfectoires, leurs préaux, leurs domestiques. La colonie paie pension et on la nourrit. Pour les pensionnats, c'est même quelquefois une bonne aubaine, car le petit profit que procure la nourriture des jeunes colons s'ajoute au bénéfice de l'année.

On a confondu parfois les colonies de vacances avec les voyages scolaires de vacances.

Le voyage scolaire est comme le couronnement des études pour l'élite des élèves de la première classe; ils font une tournée d'agrément et d'instruction, visitant sur leur chemin les usines, les exploitations agricoles, l'outillage des ports, les musées ou les monuments.

La colonie sanitaire, de son côté, est faite, non pour l'enfant qui a le mieux réussi dans ses études, mais pour celui qui est le plus chétif, et cela quelquefois parce qu'il a le plus fort travaillé. L'enfant des voyages scolaires va de ville en ville; l'enfant des colonies s'arrête dans une ville ou un village, où il vit bien et d'où il rayonne pour des excursions uniquement hygiéniques et qui ne sont instructives que par surcroît.

Avec les colonies sanitaires, on a également confondu les hôpitaux ou *sanatoria* maritimes que l'on a établis à Berk-sur-Mer et tout récemment à Banuyls (Pyrénées-Orientales) et à Arcachon (Gironde); mais dans les *sanatoria* l'on reçoit des malades, des enfants scrofuleux surtout, qui sont traités pendant quelques mois avec le plus grand soin et sortent de l'hôpital guéris ou profondément améliorés.

Dans les colonies, on prend les enfants débilités, non pour leur faire suivre un traitement, mais pour les réconforter. Le temps de séjour aux colonies est déterminé d'avance : c'est trois ou quatre semaines. La durée du séjour n'est pas subordonnée, comme au *sanatorium*, à la guérison d'une maladie. Le rôle des colonies est, au contraire, de prévenir, dans la mesure du possible, et par une hygiène bien réglée, le développement de maladies qu'engendre précisément la continuité d'une hygiène mauvaise greffée sur un travail trop assidu.

Pendant trois années, de 1883 à 1886, le IXe arrondissement de Paris a été seul à envoyer ses enfants anémiés en colonies. En 1887, on a voulu généraliser cette excellente mesure. Sous l'impulsion de M. Buisson, directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'instruction publique, aidé de M. Cottinet, et à la suite d'une conférence faite par ce dernier au Musée pédagogique, il s'est fondé une Société dont le Comité provisoire a pour président M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, et pour secrétaire général M. Cot-

rendent précieuse la venue d'un pharmacien, — même inspecteur, — mais enfin la loi d'Administration du 16 mars 1882 prévoit formellement ce grade. La nomination était due, attendue et demeure correcte; elle va accélérer l'avancement quelque peu ralenti dans cette arme. Cependant, il y a plus haut à voir, et notre ancien camarade de promotion du Val-de-Grâce, qui a bien fait en toute circonstance, en 1870 et au Tonkin, est de taille à prendre le contact des difficultés. Nous l'attendrons à l'œuvre avec cette indépendance droite et impartiale qui ne s'inspire que du progrès et d'une vendetta de toute notre vie déclarée à l'injustice, à la routine, au favoritisme et aux abus.

Il y a lieu de bien espérer de lui.

***

Les Médecins militaires constituent un Corps d'élite de niveau scientifique élevé, de niveau moyen le plus haut peut-être de l'armée par suite de leur unité d'origine. Ils ne sont nullement justiciables des erreurs commises à leur tête et en leur nom; ils n'y sont pour quoi que ce soit.

Rien ne serait plus fécond au contraire que de les consulter et de mettre au concours en même temps que les oreillons des projets de réorganisation et de progrès (fonctionnement en temps de paix et en campagne, matériel, économies budgétaires (1) en lesquelles il faut prévenir le corps de contrôle, simplification des paperasses et « écritures », etc.).

Nous nous portons fort que cette consultation serait fructueuse en étonnements, et s'il nous était arrivé d'atteindre autrement qu'en rêve à ces sommets qu'on appelle la Direction, nous n'eussions pas eu d'autre méthode.

Il est légitime de compter sur un entourage ami, choisi, sélecté,

(1) La suppression récente de la *prime de travail* est dans cet esprit. Mais il s'impose une économie plus logique encore. L'article 50 du *Règlement sur le service de santé en campagne* édicte que les infirmiers *feront ordinaire* devant l'ennemi; actuellement chacun de ces 5,000 soldats coûte en alimentation (vivres d'hôpital) environ 50 centimes de plus par jour que le *combattant* d'infanterie.

Et l'on a créé, sans avoir l'air d'y prendre garde, cette anomalie irrationnelle d'hommes mieux nourris en garnison que sur le champ de bataille où les fatigues sont tout autres.

tinet. Le Comité s'est mis aussitôt à l'œuvre; il a confié à M. Cottinet la mission de rédiger, à l'usage des colonies de vacances, des instructions bien complètes que la REVUE PÉDAGOGIQUE du 15 août nous a données. De plus, la Société nouvelle a provoqué la création à Paris de colonies dans tous les arrondissements, à l'exception de deux ou trois, parmi les plus pauvres et les plus riches, de telle sorte que le 31 août 1887 610 enfants des écoles communales de filles et de garçons de Paris ont pris leur vol pour aller passer un mois de vacances dans cinq ou six villes.

La province vient de suivre l'exemple de la capitale. Bien qu'il ne semble pas, au premier abord, que les enfants des petites villes aient besoin de changer pendant les vacances les conditions de leur existence du reste de l'année, cependant, dans certaines d'entre elles, le repos de ces vacances, l'oisiveté et peut-être les vices que cette oisiveté engendre, le défaut de surveillance de parents occupés à la besogne qui les fait vivre, le séjour trop prolongé dans des chambres étroites où toute la famille a grouillé la nuit, toutes ces causes débilitent l'enfant pendant ces deux mois de liberté, et quand il rentre à l'école, il est plus anémié souvent que lorsqu'il en est sorti.

C'est ce qu'ont pensé quelques habitants de Bayonne. Certes, la situation de cette ville, au confluent de deux cours d'eau, près de la mer et non loin des montagnes, est exceptionnelle, et s'il était permis aux écoliers de profiter pendant les vacances de tous les avantages offerts par la nature sans les annihiler par la vie anti-hygiénique dont j'ai parlé, on aurait pu laisser tous les enfants bayonnais passer leurs vacances à Bayonne même.

Pour les motifs indiqués plus haut, l'on a pris dans les écoles communales de la ville dix enfants de 10 à 14 ans et demi et on les a envoyés passer vingt-deux jours à Saint-Jean-de-Luz, climat plus marin que le climat bayonnais, ville tranquille qui a les avantages d'une station balnéaire, sans en avoir les inconvénients, et qui joint à ces agréments celui d'être située au milieu d'un pays pittoresque où l'on peut faire de jolies et faciles excursions.

A Saint-Jean-de-Luz, il n'y a ni école primaire supérieure, ni école normale, pas de lycée, ni de collège communal. Prendre une maison particulière meublée, il n'y fallait pas songer. La plus petite, par conséquent la plus malsaine, eût coûté environ 300 francs. Heureusement, un particulier nous a prêté pour tout le temps nécessaire un immeuble absolument vide, composé de trois étages et adossé à une ancienne église qui a pu servir de préau aux moments de grande chaleur et abriter les enfants pendant les quelques heures de pluie qui ont mouillé leur séjour.

Il a donc fallu se procurer des lits, des meubles, une batterie de cuisine complétant celle que la cantine d'une école maternelle nous a prêtée. Les bois de lit, sommiers, matelas et les meubles ont été loués, la batterie complémentaire a été achetée. On a emprunté à de braves gens douze paires de draps et douze couvertures pour les dix enfants, le maître et la ménagère.

Outre les souscriptions en argent, l'œuvre a reçu du jambon, des sardines conservées, à peu près tout le vin qui a été consommé, assez de vin de quinquina pour qu'on ait pu en donner chaque jour deux grandes cuillerées, du chocolat, des gâteaux envoyés par les pâtissiers de Bayonne pour le dessert du dimanche, de beaux morceaux de bœuf pour le bouilli du dimanche, gracieusement envoyés aussi par les bouchers de la ville.

Les enfants choisis pour la colonie appartenaient à des familles nombreuses et pauvres à divers degrés, dont on a soigneusement déterminé la position, le logement et le genre de vie. Ceux qui n'avaient pas un trousseau suffisant ont été munis des objets de toilette qui leur manquaient. En outre, chacun a reçu une brosse à cheveux, une brosse à dent et du savon.

Tout s'est passé convenablement à Saint-Jean-de-Luz. Levés à six heures et un quart, les enfants se lavaient à grande eau, puis faisaient leur lit. Une escouade, composée des élèves d'une seule école, pratiquait à tour de rôle chaque semaine le balayage du dortoir. A sept heures, munis d'une musette uniforme qui contenait un morceau de pain additionné, tantôt de fromage, tantôt de chocolat cru, la colonne se dirigeait vers l'anse paisible de Cihoure, située à un kilomètre de la maison, et si paisible en effet que les deux ou trois enfants qui, seuls, ne savaient pas nager, pouvaient s'y ébattre sans autre surveillance que celle du maître, et sans autre aide que celle de leurs camarades bons nageurs. Après le bain, on revenait à la maison pour finir le ménage et on partait pour une courte excursion, terminée vers onze heures.

---

mais il ne faut pas oublier que *Tout le monde* a plus d'esprit que Voltaire et même que les entourages.

On trouverait de plus en ce mode, outre l'émulation créée, une source de diagnostics sûrs, de jauges et de pesées exactes, des individualités progressistes comme une pépinière, d'où le Directeur, le De Moltke pour ainsi dire de cet état-major d'avenir, appellerait auprès de lui les plus marquants entre les bien doués. Ce serait une révélation de collaborateurs qu'on laisse s'ignorer.

Aujourd'hui, que de meilleurs jours luisent et que, dit-on, les études de M. Léon Le Fort et même nos articles plus humbles ne sont pas absolument étrangers à l'aube nouvelle, il importe de laisser arrière les errements du passé et du Directeur passé. Nous deviendrons oublieux et plus pitoyables de lui peut-être que ses flatteurs de la veille déjà changés d'autel et d'idole et dont, comme tous les déchus, il peut apprécier à cette heure la flexibilité vertébrale qualifiée naguère de discipline et décorée de militaire vertu.

Descendu inspecteur, il inspectera jusqu'au dernier jour de l'extrême limite d'âge avec un dévouement sur lequel fait élever des doutes, peut-être à tort, l'élévation de la solde.

Non pas que ce soit fonction facile d'inspecter, non plus que l'Instruction sur l'Inspection du Service de santé soit laconique; celle du 28 avril 1887 contient 58 pages du BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA GUERRE avec 11 titres et 83 articles.

Après s'être ouvert par un majestueux *Objet de l'Inspection*, qu'on se rappelle vaguement avoir lu plusieurs années de suite, cette composition écrite, qui révèle un goût prononcé de répétitions annuelles, ne ménage ni les « il recherche, il s'enquiert, il porte « son attention, il appelle l'attention, il constate, il recommande, « il vérifie, il se fait rendre compte « après avoir recueilli les do- « cuments de tous genres qui ont servi à l'éclairer, etc., etc. »

Chaque année, à la même date, pour la bagatelle de 5 à 600 fr. d'impression, ce papier inspecte tout avec une prolixité grave.

Mais l'Inspecteur, lui, est plus laconique. Il faut en rabattre de ce style de *Bulletin* comme de tous les Bulletins, et de ce programme comme de tous les programmes.

Voici ce que nous en écrivions dans la FRANCE MILITAIRE en 1884 (1).

(1) FRANCE MILITAIRE, 1er, 5 et 8 juin 1884 : *Les Inspections médicales, ce qu'elles sont, ce qu'elles doivent être.*

Après une récréation reposante dans le préau, on dînait. Grâce à l'obligeance de M. l'économe du Lycée de Bayonne, alors en villégiature à Saint-Jean-de-Luz, j'avais pu établir une série de sept menus affichés à la cuisine et qui se sont répétés trois fois, l'expérience ayant duré à peu près trois semaines.

Une soupe maigre pendant cinq jours, grasse le jeudi et le dimanche, un plat de viande et un légume formaient le repas du midi. Le soir, un plat de viande et un légume.

Après le dîner, les enfants prenaient une courte récréation pendant le repas du maître, qui, tenant à bien distribuer les portions, ne mangeait pas avec les élèves. A deux heures, lecture personnelle des enfants ou rédaction de leurs impressions ou correspondances avec leurs familles. De trois à cinq heures et demie, promenades ou excursions, courtes les premiers jours, un peu plus longues vers la fin. L'une de ces excursions a eu pour objectif Bidart, sur la côte, et on l'a faite en chemin de fer, le temps n'ayant pas permis de faire l'aller à pied, comme on en avait eu l'intention.

A Bidart, les enfants, cordialement reçus par un conseiller municipal de Bayonne, M. Morville, et par sa famille, ont vu pratiquer la pêche au grand filet, qui leur a procuré du poisson qu'ils ont pris et emporté eux-mêmes pour leur dîner du lendemain. Puis ils ont très bien goûté, ce qui les a dispensés de souper le soir.

Une autre excursion a été faite le 11 septembre. Partis à pied, à sept heures du matin, les enfants ont visité Behodie, Irun, où ils ont dîné d'une soupe préparée à l'hôtel et d'un morceau de viande froide qu'ils avaient dans leur musette. Ils ont admiré le pittoresque Fontarabie, ont passé la Bidassoa en bateau et sont revenus par le train à Hendaye, à Saint-Jean-de-Luz.

On rentrait chaque jour vers six heures, et, après s'être lavé et changé, une courte récréation précédait le souper. A huit heures et demie, toute la colonne dormait.

Mais nos enfants ne menaient pas la vie exclusivement végétative que j'ai dite.

Ils communiquaient chaque semaine avec leurs parents. Ils recevaient la visite d'instituteurs, d'inspecteurs primaires de passage qui venaient se rendre compte de leur installation. M. l'inspecteur d'Académie de Pau leur a rendu également visite.

A trois reprises, ils ont eu d'instructives causeries. M. Leconte, adjoint au maire de Saint-Jean-de-Luz, ancien officier supérieur du génie, leur a parlé patriotisme. M. Neuman, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, leur a parlé de la protection due aux animaux. M. Dereubourg, professeur d'arabe à l'Ecole des langues orientales de Paris, leur a dit un mot de l'utilité de l'instruction et des avantages de l'apprentissage d'un métier manuel. Ils ont reçu enfin, à plusieurs reprises, M. de Pecaut, inspecteur général de l'enseignement primaire et directeur de l'Ecole de Fontenay-aux-Roses, des conseils précieux dont ils tireront certainement grand profit.

Cette existence paisible de la colonie a duré 23 jours, sans qu'aucun nuage — ceux du ciel exceptés — soit venu la troubler.

Partis fort gais pour ces vacances inespérées, il fallait voir avec quel étonnement ils saluaient au passage les lacs, les échappées sur l'Océan, les montagnes qui leur apparaissaient pour la première fois dans toute leur splendeur, de la base au sommet. Cette gaieté expansive, ils l'ont conservée pendant tout leur séjour, se sentant mieux vivre, appréciant les bienfaits dont ils étaient l'objet, pleins de reconnaissance pour ceux qui les leur avaient procurés et dont nous avions fait afficher les noms au réfectoire.

Vers la fin, cependant, on sentait en eux une certaine lassitude, une sorte de nostalgie légère qui faisait tourner leurs regards et leurs cœurs vers le foyer paternel. Aussi quelle joie pour le départ, quel entrain pour le balayage final du dortoir et du réfectoire, quelle ardeur pour le transport de la dernière provision d'eau, pour l'emballage des vêtements et des ustensiles. Quel bonheur de revoir les paysages entrevus à l'aller et d'embrasser les mères que nous avions convoquées pour l'heure de l'arrivée!

Qu'avaient gagné nos dix enfants à ces trois semaines de vacances?

Nous les avons mesurés, toisés, pesés au départ. Nous avons fait de même au retour. Voici les résultats de ces deux examens :

	Poids.	Taille.	Tour de poitrine.
E..., né le 5 août 1875.	25 k. 800	1 m. 25	0,59
Au retour	26 »	1,25	0,615
Gain	200 gr.	»	0,025

* * *

« Les inspecteurs semblent préoccupés en général d'aller vite, « de voir le plus possible en voyant le moins possible, de brûler les « étapes pour retourner au nid des grandes villes. Pour les uns, « ce qu'on pourrait appeler la variété « touriste », c'est un voyage « d'agrément; pour la plupart, c'est un voyage de désagrément « qui éloigne de la famille, des pantoufles habituelles, des petits « plats sucrés, qui substitue le lit d'hôtel et la chambre de hasard « au logis capitonné. Il se révèle chez beaucoup un désintéressement « marqué du progrès. Au demeurant, ils ne sont là que pour quel- « ques mois; la Parque de la limite d'âge les atteindra dans 2 ou « 3 ans. Que leur importe l'avenir, à eux qui ont les deux pieds dans « le passé. ».

« Tous ont la plus grande diversité d'appréciations. L'Inspecteur X... tient pour qu'on porte beau : il lui faut être doré et pailleté comme un chasseur, briller comme un soleil et être un superbe homme; il veut du lustre — sur le costume.

« L'Inspecteur Z... désire qu'on vienne au-devant de lui, qu'on se pose en cavalier-servant d'hôtel, en officier d'ordonnance des plus attentifs — presque en fourrier.

« Pendant que l'Inspecteur Y..., au contraire, voit de travers ces empressements, croit qu'on veut capter sa confiance, surprendre sa religion et maléficier son vote. Il a méfiance.

« Et, de tous, il nous paraît le plus près du vrai. Mais que de bigarrures, combien il y a mieux à faire que de prendre une moyenne des opinions d'autrui, de voir entre deux trains, de se faire porter à l'hôtel pour la signature les 22 registres d'hôpital et les 15 de régiment, de parapher bien vite, sans lire, ou en soulevant de gros lièvres pour une virgule oubliée, en un mot de jouer la comédie de l'inspection et de changer un acte sérieux d'où dépend l'avenir d'un Corps et le salut des malades en une simple parade de trompe-l'œil.

Ce mieux, nous allons essayer de l'indiquer.

* * *

« Et d'abord, pour faire une Inspection, il faut un Inspecteur. »

Ne faire arriver à ce grade, à ces fonctions délicates de *peseur public* de l'intelligence des autres, ni médiocres ni demi-ignorants, ennemis nés de tous ceux qui savent et généralement sceptiques par paresse d'apprendre. Il faut, pour ces hauteurs, un savant, un

	Poids.	Taille.	Tour de poitrine.
D..., né le 18 déc. 1878.	24,500	1,245	0,56
An retour.............	25	1,23	0,57
Gain..........	500 gr.	Perte »	0,01
D..., né le 14 déc. 1877.	26,500	1,29	0,58
Au retour.............	27	1,29	0,59
Gain.........	500 gr.	»	0,01
R..., né le 1er août 1876.	28,800	1,33	0,618
An retour.	29,500	1,33	0,63
Gain	700 gr.	»	0,012
L..., né le 15 juin 1878	21,500	1,19	0,55
Au retour.............	23	1,19	0,56
Gain.........	1500g.	»	0,01
B..., né le 25 sept. 1874.	33	1,32	0,64
Au retour.............	33,500	1,33	0,66
Gain.........	1500g.	0,01	0,02
L..., né le 18 mars 1875.	27	1,29	0,60
An retour.............	29	1,30	0,605
Gain.........	2 k.	0,01	0,005
L..., né le 23 nov. 1872.	31,500	1,41	0,62
Au retour.............	33,500	1,41	0,63
Gain.........	2 k.	»	0,01
L..., né le 3 déc. 1874.	29,500	1,35	0,63
Au retonr.............	32 k.	1,355	0,638
Gain.........	2k.500	0,005	0,008
C..., né le 15 mars 1875.	24	1,26	0,63
Au retour.............	26,500	1,26	0,63
Gain.........	2k.500	»	0,01

En définitive, ces dix enfants ont gagné en moyenne en poids 1 k. 039, en taille 0 m. 006, en tour de poitrine 0,012. Or, à cet âge et pour un mois, le gain normal est de 300 gr. pour le poids, de 0,002 pour le tour de poitrine.

J'avais bien laissé comme termes de comparaison six enfants, que j'avais pesés, toisés et mesurés au départ de leurs camarades; mais tous ne sont pas venus au rendez-vous pour le second examen. Il m'est donc impossible de constater la différence de gain entre ceux qui sont restés et ceux qui sont partis. Mais ce que j'ai pris la liberté de vous présenter n'est que l'ébauche d'une expérience que les circonstances ne m'ont pas permis d'achever. J'aurai sans doute des résultats complets à produire l'an prochain.

Il est bien certain cependant qu'au point de vue hygiénique — ai-je besoin d'y insister? — les colonies sanitaires bien menées peuvent avoir une influence favorable sur la santé d'enfants qu'elles arrachent à la solitude démoralisante des vacances, et aussi, comme je le disais au début, à cette hygiène défectueuse qu'ils trouvent dans la demeure paternelle, et que ne corrigent plus, à cette époque de l'année, ni la régularité du travail, ni la discipline de l'école, ni ces allées et retours méthodiques quatre fois par jour, ni les récréations en commun.

Ces conditions excellentes de santé, on les retrouve dans les colonies, et il faut y ajouter une nourriture saine prise avec modération, en compagnie de camarades, la tranquillité après les repas, les marches réglées, et bien d'autres encore.

Sans doute le gain fait par les enfants des colonies est déjà sensible; mais le bénéfice des vacances se continue encore pendant quelques mois, ainsi que l'a prouvé M. Waarentropp. Ce qui se continue également, c'est cette habitude de l'ordre et surtout de l'indispensable et salutaire propreté que réclamait hier avec tant de raison et d'éloquence l'éminent président de l'Association, M. le docteur Jules Rochard.

Les colonies s'appliquant à des enfants surmenés, s'il en existe, peuvent corriger chez eux les effets du surmenage.

De plus, comme l'ont démontré les observations faites à Paris par M. Cottinet, tel enfant que l'état précaire de sa santé avait entravé dans la fréquentation des classes a, pendant l'année qui a suivi les vacances sanitaires, fréquenté très assidument l'école, travaillé mieux et sans fatigue.

C'est surtout par cette dernière constatation que le sujet que je traite se réclame des deux sciences de la Pédagogie et de l'Hygiène qui sont logées côte à côte dans cet édifice, et qui, de plus en plus, à mesure que les progrès de l'une et de

---

travailleur: on peut en trouver facilement 10 parmi les 1,200 médecins militaires.

« Et si tous les savants et les travailleurs n'y sont pas arrivés, comme Gama, Haspel, Boudin surtout, Chenu, c'est qu'on a perdu de vue cet étiage de la qualité-maîtresse à exiger *le savoir*. On a fait des nominations que tout le monde déplorera (à voix basse) jusqu'à cette limite d'âge où les héros seulement gradés et la considération uniquement disciplinaire s'évanouissent.

« En effet, les notes inspectorales portent fastidieusement sur les qualités physiques, l'aspect, les règles administratives (pour lesquelles le dernier Guide alphabétique, un *Baugé*, peut tenir lieu de licence); puis, dans un petit coin, au bas bout, se cachent la valeur et les travaux scientifiques, mais, comme vous le devinez, au dernier plan, en mauvaise lumière, pour ainsi dire escamotés.

« Eh bien, cela, par-dessus tout, est indispensable et capital.

« Que si des Inspecteurs n'ont ni le savoir, ni l'aptitude, ni la validité pour creuser leurs subordonnés, on se prive de leurs services oisifs qui varient entre 38 et 45 ans, et on les remplace par de plus jeunes.

« Leur vue doit porter au delà du brillant d'un dolman ou des virgules d'une correspondance; il faut que tout candidat au choix soit d'abord et avant tout *bon médecin*, cela pour l'armée, les familles, le blessé. Constater l'acquis, le travail, l'ingéniosité et la perfectibilité individuelles, *savoir son affaire à fond*, seront toujours de première urgence. »

* *

Il nous revient de divers correspondants, ennemis comme nous des malversations fonctionnelles, qu'au seuil de 1888 il en a été parfois et sur quelques points des neuf arrondissements comme en 1884—une espèce d'inspection en vélocipède sceptique fatiguée et, pour trancher le mot, paresseusement moulée, comme celle d'hier et de toujours, sous le rouleau compresseur de la routine.

Il importe au 7e Directeur, qui représente le Ministre qui est le Chef de Santé, comme il est le Chef de l'Armée, de veiller à ce que ce déplacement de deux mois qui, avec des sinécures, un peu de remplissage et de figuration, est l'unique besogne de certains Inspecteurs Parisiens, donne un rendement de travail utile.

Aussi bien ils ont trop à voir, et quelques-uns se masquent complaisamment de ce trop à faire pour ne rien faire.

Dr Amédée Chassagne.

(A suivre.)

l'autre front grandissant, se prêteront un appui plus raisonné et plus efficace.

An point de vue social, les avantages des colonies ne sont pas à dédaigner non plus.

Le sentiment de la reconnaissance est un sentiment qu'il faut développer chez l'enfant, et je vous assure que je l'ai vu se traduire chez nos colons de Saint-Jean-de-Luz en expressions charmantes, soit dans les conversations, soit dans les lettres aux familles.

Est-ce donc, dirai-je, et pour m'en tenir à la pédagogie pure, est-ce donc qu'ils abondent les sujets de composition et de style capables de fournir à l'écolier l'occasion d'exprimer naturellement et sans effort ce qu'il sent, et de se montrer tel qu'il est?

Mais ce sentiment de la gratitude gagne aussi les familles. Celles-ci retrouvent leurs enfants complètement transformés, et elles comprennent à qui elles doivent ce changement dont, pendant quelque temps, elles profiteront elles-mêmes et qu'entretiennent les récits plus ou moins fantaisistes des enfants sur les incidents divers de leur séjour. De la reconnaissance, on passe aisément à l'esprit de justice, et par là peuvent s'effacer ces jalousies inconsidérées qui vont parfois jusqu'à la haine.

Dans les grandes villes, cette appréciation par les classes laborieuses des bienfaits des colonies a plus de difficulté à se produire; dans les petites villes où tout se sait, où chacun se connaît, les bienfaits de cette institution sont facilement connus et appréciés, et son influence sociale se fait vite sentir.

L'œuvre des colonies n'en est encore qu'à ses débuts. Elle ne peut pas produire immédiatement tout le bien qu'on est en droit d'attendre d'elle. Il importe d'en favoriser l'établissement partout où on le peut. L'expérience n'est pas coûteuse : 65 à 80 francs par enfant, suivant les circonstances (1). Sans doute, bien des enfants, qui en auraient pourtant besoin, ne pourront pas profiter des avantages que les colonies sont capables de procurer. Mais si l'on s'interdisait tout progrès, toute amélioration, parce qu'on ne peut l'appliquer à tous, il n'y aurait ni amélioration ni progrès, et le monde resterait en place.

J'aime à invoquer, en terminant, en faveur des Colonies de vacances, le témoignage du docteur Gœtze et celui du pasteur Bion, que j'ai déjà invoqués dans une précédente étude sur le même sujet.

Pour M. le pasteur Bion, cette vie en commun force le cercle des idées des enfants à s'élargir, grâce aux choses nouvelles qu'ils voient et entendent; ils cherchent à imiter ce qu'ils observent de bien et d'honnête; ils deviennent patients, complaisants, aimables. Loin de se croire abandonnés, ils ont de la reconnaissance pour les personnes qui les aiment ainsi et travaillent à améliorer leur santé : « ainsi s'affaiblit ou disparaît cet esprit de mécontentement et de rancune dont les grandes inégalités sociales sèment si facilement le germe dans les âmes jeunes. ».

Je termine par l'opinion du docteur Gœtze :

« Nous faisons, dit-il, par les colonies de vacances, une véritable guerre à l'accroissement d'un prolétariat dégénéré au point de vue physique et intellectuel. Quand les colonies de vacances auront existé pendant vingt ans de suite dans nos grandes villes, il y aura sûrement dans les couches inférieures de la population plus de force et de santé, plus de vigueur naturelle et de gaieté. »

Oui, mais il faut savoir attendre.

(1) L'expérience de Saint-Jean-de-Luz a coûté 862 fr. 40, et si on ajoute la valeur des dons en nature, 166 fr. 50, on arrive à 1,028 fr. 90 c. Mais la location du mobilier et l'achat du matériel ont coûté 200 fr., et si on remplaçait cette somme par ce que coûterait une indemnité donnée à un pensionnat, on réduirait ce chiffre de 100 francs.

Si la colonie ne s'établit pas dans une station maritime, on dépensera 50 fr. de moins pour bains de mer. Si l'on diminue de 50 fr. les 166 fr. de dons, par ce fait que cette façon de participer à l'œuvre attire à celle de 50 fr. de plus que des souscriptions en argent, on arrive à diminuer la dépense de 200 fr. On peut encore gagner 50 fr. sur les transports et voyages, 50 fr. sur les vêtements, en tout 300 fr. de diminution. On arrivera donc au chiffre définitif de 728 fr. 90, soit 74 fr. par élève.

REVUE SPÉCIALE

Maladies des voies urinaires

DES URÉTÉRITES ET DE L'EXPLORATION DES URETÈRES, par le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 38, 39 et 40.

Le *diagnostic* peut aujourd'hui s'appuyer sur les renseignements fournis par l'exploration directe des uretères. Nous ne reviendrons pas sur cette recherche faite dans la portion abdominale des uretères; nous avons dit comment M. Tourneur procédait et indiqué les résultats obtenus par M. Le Dentu. Des chirurgiens, presque tous allemands ou américains, ont fait des tentatives pour reconnaître l'intégrité plus ou moins grande de l'extrémité terminale de l'uretère et pour recueillir l'urine d'un des uretères isolément. Ces procédés se rapportent à trois méthodes différentes qui ont été exposées dans une récente revue de Me Schultz, parue dans les NOUVELLES ANNALES D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, où l'on trouvera un excellent résumé de la question et les renseignements bibliographiques les plus exacts.

Ces trois méthodes sont les suivantes :

La palpation directe;

L'oblitération artificielle;

Le cathétérisme d'un uretère.

Sœnger, presque seul, décrit la manière de procéder méthodiquement à la palpation de l'uretère. A vrai dire, cette recherche ne mérite pas le nom de méthode, et un examen quelque peu attentif doit toujours porter sur cette région pendant le toucher vaginal. Sœnger conseille d'agir ainsi : On suit avec l'index l'urèthre jusqu'à la vessie et on arrive au cul-de-sac antérieur du vagin. C'est dans cette portion vaginale antérieure, qui ne dépasserait pas en longueur de 2 à 5 centimètres (Sœnger), qu'il faut rechercher les uretères. A l'aide de l'index droit, on rencontre, à 1 centimètre 1/2 ou 2 en arrière et en dehors du museau de tanche, deux cordons durs, longitudinaux, dirigés en arrière, de dedans en dehors et de bas en haut, décrivant une concavité ouverte en dedans. Souvent, on ne peut n'en atteindre qu'une partie, mais il est des cas où il est facile de les suivre jusqu'au ligament large.

Les uretères sont difficiles à sentir à l'état normal; nous doutons même qu'il soit souvent possible d'en suivre le trajet ou d'en reconnaître l'existence; il n'en est pas de même à l'état pathologique, où on sent rouler sous le doigt un cordon qui acquiert le volume d'une plume d'oie, d'un crayon et même

un volume supérieur. Cette perception est rendue plus facile quand on peut comprimer l'uretère sur un corps dur tel que la tête fœtale on la paroi du bassin.

La deuxième méthode, la *compression de l'uretère*, est applicable dans les cas où on veut suspendre pendant un emps limité l'écoulement de l'urine d'un des uretères pour permettre de recueillir celle qui s'écoule par son congénère. Un premier procédé consiste à exercer une compression par le rectum. Robert Weir a cherché à l'obtenir en introduisant un long pessaire rectal, sans résultat précis. Sands a introduit la main tout entière dans le rectum. Enfin Hallé fait remarquer que, chez l'homme, la dernière portion de l'uretère au niveau du fond des vésicules séminales peut être atteinte assez facilement par un doigt d'une longueur moyenne et comprimée soit directement, soit au moyen d'un embout.

D'autres procédés ont été employés et consistent à exercer au niveau de la muqueuse vésicale une sorte de pincement de l'embouchure des uretères. Tuchmann emploie une sorte de lithotriteur de Heurteloup, dont les branches sont évidées sur toute leur longueur pour permettre à volonté la sortie de l'urine. Les extrémités coudées des branches sont dirigées transversalement sur le bas-fond de la vessie et portées vers l'uretère à comprimer. On cherche à reconnaître l'orifice urétéral, puis on pince la saillie reconnue et on comprime ainsi l'orifice. L'urine contenue dans la vessie est alors évacuée. On attend quelques minutes jusqu'à ce que l'autre uretère en ait fourni une certaine quantité qu'on recueille.

Polk agit différemment. Il introduit dans la vessie une branche courbe, et dans le rectum une tige un peu longue, de façon que l'uretère soit pris entre le cathéter intra-vésical et la tige intra-rectale. Il paraît qu'on peut ainsi sentir l'uretère se gonfler en amont du point comprimé. Enfin, Ebermann a réuni en un seul les deux instruments de Polk et a construit une pince dont une des branches pénètre dans la vessie, l'autre dans le rectum et qui permet de comprimer au point voulu.

Silbermann a inventé un procédé ingénieux sinon très facilement applicable. Il introduit une sonde métallique disposée de façon à contenir à son extrémité un ballon de caoutchouc en communication avec un conduit dont une extrémité reste extérieure. La sonde en place, on injecte du mercure dans le ballon qui s'incline vers l'un ou l'autre uretère, suivant la direction donnée à la sonde. La compression s'exerce ainsi et on recueille l'urine s'écoulant de l'autre uretère. Silbermann a reconnu que dans bien des cas la résistance du plan était insuffisante, et il a préalablement tamponné le rectum ou le vagin.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Suite et fin.— Voir les numéros 39 et 40.

VIII. L'action et l'emploi de la digitale et de ses succédanés, principalement du strophantus, par le professeur Th. Fraser, d'Edimbourg (*The British medical Journal*, 1885, no 1298, p. 904). — Note sur la teinture de strophantus, par le même (*Ibidem*, 1887, p. 551). — Le strophantus hisphidus comme médicament cardiaque, par le docteur Bowditch (*Medical and surgical Journal*, Boston, 17 mars 1887. — L'action du strophantus hispidus sur le cœur, par le professeur Drasche, de Vienne (*Centralblatt für die Gesam. Therapie*, juin 1887, p. 347). — Sur l'action des semences de strophantus en général, et sur leur emploi dans les affections cardiaques et rénales, par le doctur Pins, de Vienne (*Therapeutische Monatshefte*, juin et juillet 1887). — Sur la strophantine, par le docteur Lewin, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, no 30, p. 555). — Sur la valeur thérapeutique des préparations de strophantus Kombé, par Th. Zerner et L. Lœw (*Wiener medie. Wochenschrift*, 1887, nos 36, 37. 38, 39 et 40). — Du strophantus hispidus, par le docteur Deniau (*Bulletin général de thérapeutique*, t. CXIII, 4e, 5e et 6e livraisons, août et septembre 1887).

Le *strophantus hispidus* est un arbrisseau qui croît dans les zones intertropicales de l'Afrique et de l'Asie. De Candolle l'a classé dans la famille des apocynées ; M. Baillon en a fait une étude botanique très complète dans ses *Monographies*. Le strophantus hispidus, connu encore sous les noms d'*inée*, d'*onage*, de *kombé*, etc., est répandu surtout sur la côte occidentale d'Afrique.

Les sauvages du Gabon font servir les graines de la plante à la préparation d'une masse pâteuse, dont ils enduisent leurs flèches pour les envenimer.

L'histoire toxicologique du strophantus hispidus, édifiée presque exclusivement sur des travaux français, remonte à près d'un quart de siècle, et c'est dans ces dernières années seulement qu'un médecin écossais, M. Fraser, a eu l'audace de tenter des applications thérapeutiques de ce violent poison au traitement des maladies du cœur. Autant qu'on en peut juger par les résultats annoncés dans quelques publications dont nous allons faire connaître ici la substance, un rôle brillant est réservé au strophantus hispidus comme médicament cardiaque, dans un avenir prochain. Mais avant de parler des premières tentatives de thérapeutique qu'on a faites avec les préparations de strophantus, quelques mots sur la phase qui a précédé et préparé ces tentatives ne seront pas superflus.

En 1865, M. Pelikan, de Saint-Pétersbourg (1), communiquait à l'Académie des sciences (séance du 5 juin) les résultats de ses recherches, contrôlés par M. Vulpian, et qui assignaient au strophantus hispidus une place parmi les *poisons du cœur*, à côté de la digitale, des hellébores noir et vert, de l'antiaris toxicaria, de la tanghinia venenifera.

En 1869, Th. Fraser (2) publiait les résultats d'expériences analogues. Il annonçait que le principe actif du strophantus hispidus est un poison musculaire, dont l'action paralysatrice porte d'une façon prédominante sur le muscle cardiaque : Le cœur d'une grenouille empoisonnée par la teinture de strophantus hispidus s'arrête en systole, du moins les ventricules ; il en est de même chez les oiseaux et les mammifères, et ce résultat n'est pas modifié lorsqu'on a préalablement détruit le cerveau et la moelle de l'animal en expérience, sectionné les troncs des nerfs vagues et paralysé les extrémités terminales des mêmes nerfs au moyen de l'atropine. M. Fraser insistait sur la paralysation finale de tout le système musculaire,

(1) Voir Gazette médicale de Paris, 1865, p. 373.

(2) Th. Fraser. *On the Kombi Arrow Poison (Strophantus hispidus) of the Manganja district of Afrika*. Proceed of the Royal Society of Edimb., 1869-1870, p. 99-103.

y compris les muscles lisses, qu'on observe dans l'empoisonnement mortel par la teinture de strophantus hispidus.

Deux ans plus tard, MM. Polaillon et Carville faisaient paraître dans les ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE (1879, p. 523 à 550, et 670-680), un remarquable mémoire intitulé : *Etude physiologique sur les effets toxiques de l'inée, poison des pahouins*; c'était l'exposé des expériences faites par les deux auteurs, avec un extrait alcoolique de graines de strophantus, sur des animaux de différentes espèces : grenouilles, escargots, tortues, poissons, oiseaux, lapins et chiens. On n'a pas ajouté grand'chose depuis à ce qu'annonçaient MM. Polaillon et Carville, touchant les effets toxiques de l'inée, autrement dit du strophantus, à savoir que les effets toxiques sont, qualitativement parlant, les mêmes chez les diverses espèces animales; qu'ils sont plus prononcés chez les animaux à sang chaud que chez ceux à sang froid; qu'ils se traduisent par un ralentissement, suivi d'une accélération, avec faiblesse croissante des contractions cardiaques, et finalement par l'arrêt du cœur en systole, les oreilles restant relâchées; que cet arrêt du cœur est le fait d'une paralysation directe du myocarde; que cette action paralysatrice de l'inée, précédée d'une phase d'excitation, s'exerce sur tous les muscles, y compris les muscles lisses, et que, si elle frappe le cœur avec une intensité prépondérante, cela tient à la vascularisation plus grande du muscle cardiaque; qu'elle est manifeste surtout quand le poison est appliqué directement sur un muscle; qu'elle n'intéresse pas les centres nerveux.

MM. Polaillon et Carville avaient encore conclu de leurs recherches que la toxicité de l'extrait d'inée est bien supérieure à celle de la digitaline cristallisée de Homolle et à celle de l'antiarine, à preuve qu'une dose de 3milligrammes avait suffi pour tuer, en l'espace de deux heures, un chien du poids de 10 kilogr. 500. Enfin, des expériences faites avec le produit de grattage de flèches envenimées provenant de peuplades sauvages leur ont donné des résultats identiques à ceux dont il vient d'être question.

Dix années se passent, dans l'intervalle desquelles MM. Hardy et Gallois faisaient connaître à la Société de biologie (séance du 17 février 1877), les résultats de leurs recherches sur la matière active du strophantus hispidus. Nous reviendrons sur cette partie de l'histoire du strophantus; nos lecteurs trouveront dans la collection de ce journal (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1877, nº 9, p. 112), la note communiquée à la Société de biologie par les deux auteurs que nous venons de nommer.

Enfin, en 1885, à la réunion tenue à Cardif par l'Association médicale britannique, M. Fraser a exposé les résultats de ses premiers essais cliniques, faits avec une préparation de strophantus qui sera spécifiée plus loin. Il s'exprimait sur le compte du nouveau médicament avec tant de satisfaction, qu'on est en droit de s'étonner du petit nombre d'imitateurs qui se sont jusqu'ici donné la peine de contrôler les assertions du médecin d'Edimbourg. Il est vrai que la difficulté de se procurer la préparation qui a servi aux expériences de M. Fraser y est bien pour quelque chose. Cependant, il existe déjà des documents en assez grand nombre pour donner une idée, non pas de ce qu'est la valeur thérapeutique du strophantus hispidus, mais de ce qu'elle pourra être si des essais futurs viennent à corroborer les résultats annoncés. Nous allons faire connaître la substance de ces documents en adoptant un ordre qui nous évitera des redites inutiles :

Maladies de cœur. — Les résultats annoncés par M. Fraser touchant les effets des préparations de strophantus dans les maladies de cœur peuvent se résumer en ces quelques mots :

Le strophantus hispidus est appelé à faire une concurrence très sérieuse à la digitale, dans le traitement des accidents qui dépendent d'une lésion valvulaire ou d'orifice, par rupture de la compensation. En pareils cas, le médicament régularise et ralentit le pouls, relève la pression intra-vasculaire, active la diurèse et fait cesser la dyspnée, dissipe les œdèmes et les hydropisies. Le strophantus offre sur la digitale un quadruple avantage; *il agit avec une rapidité beaucoup plus grande et d'une façon plus durable; il n'expose pas aux accidents que l'on impute à une accumulation de principe actif dans l'organisme; son administration prolongée n'occasionne que très rarement des troubles gastro-intestinaux*; enfin, *il n'agit pas sur les vaisseaux pour en produire la contraction.* Relativement à la rapidité et à la durée d'action du strophantus, M. Fraser a cité, entre autres exemples, celui d'un malade atteint d'une insuffisance mitrale et auquel on administra un cinquantième de grain de strophantus; en l'espace de deux heures quarante minutes, la fréquence des pulsations s'abaissa de 138 à 86; à la suite de l'administration d'une dose unique de cette valeur, les effets sur la circulation et sur la sécrétion urinaire se sont maintenus pendant une huitaine de jours.

MM. BOWNITCH, DRASHE, PINS, sont d'accord sur tous ces points avec M. Fraser; tous ils ont insisté sur ce fait que le strophantus agit sur le cœur sans influencer directement les vaisseaux. Nous ne ferions que répéter ce qui vient d'être dit en entrant dans le détail des communications de ces trois auteurs. Notons cependant que Drashe affirme, d'après les expériences comparatives qu'il a faites, que chez les cardiaques l'effet diurétique est plus marqué avec le strophantus. D'après le même auteur, il y a exagération à prétendre que le strophantus présente tous les avantages et n'a aucun des inconvénients de la digitale; la vérité serait que, de tous les succédanés de la digitale, le strophantus est le plus parfait, le plus efficace.

MM. Zerner et Lœw, en se basant sur les observations faites dans le service de M. le professeur Bamberger, de Vienne, concluent également dans un sens favorable à l'emploi des préparations de strophantus dans les affections cardiaques : Le strophantus, d'après eux, égale en efficacité la digitale. Celle-ci a échoué dans les cas où les préparations de strophantus ont été trouvées inefficaces, c'est-à-dire dans des cas de lésions protopathiques du myocarde avec dégénérescence trop avancée de ce muscle, et dans des cas de lésions valvulaire ou d'orifice, avec dégénérescence graisseuse ou hypertrophie excessive du myocarde. Autrement dit, le strophantus hispidus agit dans les maladies du cœur en stimulant les contractions du myocarde; le médicament sera condamné à l'inefficacité quand la contractilité du myocarde est réduite à son minimum du fait de la dégénérescence graisseuse, ou lorsque, par suite des progrès croissants de l'hypertrophie compensatrice, le myocarde en est déjà venu à donner toute la somme de travail qu'il est capable de fournir, ce qui rend superflue, sinon dangereuse, toute nouvelle stimulation. Bref, les indications et les contre-indications sont les mêmes pour la digitale et le strophantus que pour la digitale, la question des avantages respectifs des deux médicaments étant réservée.

M. Bowditch a, au contraire, prétendu que le strophantus avait réussi entre ses mains dans des cas où la digitale et d'autres médicaments cardiaques avaient échoué. D'autre part, sur la question de tolérance des préparations de strophantus, MM. Zerner et Lœw se sont exprimés avec moins d'optimisme que les auteurs précédemment cités, un point sur lequel nous reviendrons. Ils ont insisté sur ce que ces préparations se montrent particulièrement efficaces contre les accidents pseudo-asthmatiques des cardiaques, d'accord en cela avec M. Pins.

Palpitations nerveuses. Maladie de Basedow. — Dans les cas de palpitations nerveuses, en rapport ou non avec l'anémie, la chlorose, les préparations de strophantus hispidus n'ont aucune utilité (Pins).

MM. Zerner et Lœw ont eu recours à l'emploi de la teinture de strophantus dans un premier cas de maladie de Basedow, de forme bénigne. La fréquence du pouls était de 100 au moment où on administra au malade dix gouttes de teinture de strophantus : une demi-heure après, le pouls était tombé à 88; il ne battait plus que 84 au bout d'une nouvelle demi-heure. Mais, quatre heures plus tard, il avait regagné sa fréquence primitive. Pendant la phase de ralentissement, le malade accusait un état de bien-être très prononcé. L'expérience, renouvelée le lendemain, a donné les mêmes résultats. Dans deux autres cas de maladie de Basedow, datant déjà de loin, la médication a complètement échoué.

Maladie de Bright. — L'utilité de l'emploi des préparations de strophantus dans le traitement de la maladie de Bright a été affirmée par M. Fraser et par M. Pins, mais ces deux médecins ne se sont exprimés que d'une façon très sommaire sur ce point.

MM. Zerner et Lœw ont expérimenté le nouveau médicament dans 11 cas d'affections rénales, et 7 fois avec succès. Ils concluent de leurs observations, qu'il n'y a utilité à recourir à l'emploi du strophantus chez les brightiques qu'autant que l'hypertrophie cardiaque concomitante de la lésion rénale n'atteint pas un degré trop considérable et qu'en outre l'indication se présente de relever l'action défaillante du cœur. Quand ces conditions sont réalisées, l'effet utile de la médication se traduit par un accroissement de la diurèse, par une disparition des œdèmes et des hydropisies, par la cessation des accidents pseudo-asthmatiques. Seulement, du même coup, les hématuries ont une tendance à augmenter.

Presque tous ceux qui ont expérimenté les préparations de strophantus s'accordent à dire que celles-ci n'activent la diurèse qu'indirectement, en tonifiant le cœur, d'où résulte une élévation de la pression intra-vasculaire. On s'est demandé cependant si l'action diurétique de la strophantine n'est pas imputable en partie à une excitation directe de l'épithélium rénal, voire que Pins admet qu'il en est ainsi dans les circonstances physiologiques. Les observations faites par MM. Zerner et Lœw sur un certain nombre de sujets sains, sur un tuberculeux et sur un pleurétique, contredisent cette manière de voir. Dans les circonstances en question, l'administration de la teinture de strophantus administrée à dose assez forte, n'a pas exercé d'influence sensible sur la sécrétion urinaire.

Action antipyrétique. — M. Fraser, et après lui M. Bowditsch, ont attribué aux préparations de strophantus le pouvoir d'abaisser la température corporelle chez les fiévreux. M. Deniau raconte qu'un de ses amis se trouvant atteint d'une pneumonie « adynamique et infectieuse, par nature, car elle s'accompagna, entre autres accidents, d'une double pleurésie et de symptômes inquiétants du côté du cœur », M. Fraser prescrivit au malade de la strophantine, et l'effet immédiat se traduisit par un abaissement de la fièvre et par le relèvement du cœur. Le malade guérit.

M. Pins nie l'action antipyrétique des préparations de strophantus qui, selon lui, ne sont utiles dans les cas d'affections fébriles qu'autant qu'il y a lieu de remédier au collapsus consécutif à une insuffisance fonctionnelle du myocarde, comme il arrive assez souvent dans les cas de pneumonie et de tuberculose chronique. MM. Zerner et Lœw se sont ralliés à l'opinion de M. Pins, après avoir cité des faits cliniques qui parlent contre l'hypothèse de l'action antipyrétique du strophantus.

Mode d'administration et doses. — M. Fraser emploie pour les usages thérapeutiques deux sortes de préparations :

1° Pour l'administration *per os*, une teinture alcoolique, au vingtième, de semences concassées et dégraissées, préparées avec le percolateur ; dose, de 5 à 10 gouttes, deux et même trois fois par jour ;

2° Pour l'administration par voie hypodermique, une substance à laquelle M. Fraser a donné le nom de *strophantine*, qu'il considère comme le principe actif du strophantus hispidus, et qui n'est, d'après l'auteur anglais, ni un alcaloïde, ni un glycoside. Fraser, d'accord en cela avec Pins, a reconnu que les injections de strophantine doivent être abandonnées, à cause de la réaction inflammatoire locale qu'elles occasionnent.

M. Drashe a employé la teinture de strophantus hispidus préparée d'après les indications de Fraser, à la dose quotidienne de 5, 15, 30 et 40 gouttes, réparties entre deux ou quatre prises. Ce médecin évalue à 40 gouttes la dose quotidienne maxima de teinture mère.

M. Pins a employé la même préparation à la dose de 5 à 10 gouttes, répétée trois fois dans la journée. Dans deux cas, il lui a fallu pousser la dose quotidienne à 40 gouttes (en deux prises) pour obtenir l'effet désiré. Chez les enfants (8 à 10 ans) il prescrit une solution diluée dont voici la formule :

Rec. Teinture de semences de strophantus..	X gouttes.
Eau distillée....	80 à 90 gram.
Sirop de rhubarbe....	10 grammes.

M. s. a. Trois fois par jour, une cuillerée à dessert.

MM. Zerner et Lœw déclarent que l'administration de la teinture de strophantus (Fraser) et de la strophantine (Merck) a occasionné souvent des nausées et des vomissements, chez les malades du service de M. Bamberger. Cet inconvénient était évité lorsqu'on prescrivait la teinture suivant la formule :

Rec. Teinture de strophantus.	1 gr. 5 à 3 gr.
Eau distillée....	180 grammes.
Sirop simple ou sirop d'écorces d'oranges amères.	20 à 30 grammes.

M. A prendre dans le courant de la journée.

Quand survenait de la diarrhée, on prescrivait en outre du sous-nitrate de bismuth. La préparation suivante était encore mieux tolérée :

Rec. Strophantine pure (Merck).	0,002 à 0,004
Eau distillée	180 grammes
Sirop simple....	30 —

A prendre dans le courant de la journée.

Nous avons dit qne MM. Hardy et Gallois ont isolé des graines de strophantus hispidus nn principe toxique cristallisable, anqnel ils ont également donné le nom de strophantine, et qui ne présente ni les réactions des alcaloïdes, ni celles des glycosides. Nous ignorons si cette strophantine a fait jusqu'ici l'objet d'applications thérapentiques.

Contre-indications. — Comme telles, on a signalé : les hyperémies actives, les hémorrhagies internes, ou la simple tendance aux hémorrhagies, l'existence d'une tumeur anévrysmale (Pins).

Il a été reconnu que dans les cas d'ascite ou antres épanchements séreux qui ne dépendent ni d'une affection cardiaqne ni d'une lésion rénale, l'emploi des préparations de strophantus n'est d'aucune utilité.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

DU RÔLE DE L'EAU DANS LA NUTRITION, par M. E. CALLAMAND. 104 pages. — Paris, 1887.

Dans nne étude très fouillée et des plus intéressantes, M. E. Callamand a cherché à déterminer d'une manière précise le rôle de l'eau dans la nutrition. C'est en assistant anx expériences de M. Dehove et de M. A. Flamant, que l'auteur de cette thèse a puisé l'idée première de son travail. Aussi regarde-t-il de haut les résultats de l'observation simple, aussi bien que ceux de la pure clinique.

Si l'expérience est souvent pénible, au dire du Père de la médecine, elle n'est pas décevante et trompeuse comme l'observation, car on peut toujours la reproduire et la contrôler, pourvu que les conditions en soient simples et rigoureusement déterminées. Les questions de régime ne sauraient être éclairées par l'observation pure, dont les éléments sont trop complexes et trop variables pour ne pas défier toute interprétation sérieuse, encore moins par des vues de l'esprit ou de vagues souvenirs cliniqnes ; elles ne penvent être tranchées que par l'expérimentation et la balance. C'est dire, ajoute M. Callamand, que nous n'avons demandé pour cette étnde aucun enseignement à l'observation traditionnelle et à la clinique ; nous espérons, au contraire, dans le point très spécial qui nous occupe et qui divise les cliniciens, leur apporter le secours précieux de l'expérience. »

Et tout ce travail, fort estimable d'ailleurs, se termine par les lignes suivantes :

« Nos conclusions seront brèves :

L'eau est le milieu des actes nutritifs : elle n'accroît ni ne ralentit les échanges ; elle n'en modifie pas l'équilibre.

L'ean ne fait ni engraisser ni maigrir. Dans l'institution d'un régime contre l'obésité ou la maigreur, toute prescription à l'égard de l'eau et des boissons aqueuses est inutile. »

Etait-ce bien la peine de médire de la clinique ?

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE GRAISSEUSE, par M. HENRI LE GALL. — Paris, 1887.

Un élève de M. Lancereaux, M. Henri Le Gall (de l'île Maurice), a cherché à élucider d'une part les conditions étiologiqnes qni président à la production de la cirrhose alcoolique, et d'antre part la pathogénie des accidents d'insuffisance hépatique qui terminent si sonvent l'évolntion de la maladie (et qui sont même quelquefois la première expression d'une lésion restée jusqn'alors latente).

Pour M. Le Gall, la cirrhose graissense, qn'elle soit hypertrophique on atrophiqne, reconnaît pour canse efficiente l'alcoolisme et en particulier l'intoxication par le vin. Elle se distingue de la cirrhose commnne par l'adjonction de conditions adjuvantes qui sont le sédentarisme, le défaut d'exercice mnscnlaire, et en général tontes les causes capables d'abaisser le taux des combustions organiques.

Son évolntion se fait en deux temps. La première phase est obscnre et passe qnelquefois inaperçue. Elle se caractérise d'habitude par de l'amaigrissement, des troubles digestifs, des poussées d'ictère léger et transitoire, quelques épistaxis, un peu de ballonnement du ventre. La seconde période est marquée par l'apparition des accidents d'insuffisance hépatique.

L'ictère grave secondaire qni, dans la cirrhose graisseuse, est généralement imputé à une auto-intoxication, devrait peut-être, d'après des expériences récentes, être plutôt rapporté à une auto-infection.

Dr ALBERTUS.

DE L'ÉRYSIPÈLE CURATEUR ET MODIFICATEUR, par M. G. COLLIN. Thèse de Paris, 1886.

L'érysipèle exerce parfois une action salutaire sur la marche de certaines affections : le phagédénisme, le lupus, les syphilides, sont souvent heureusement modifiés par lui. Des tumeurs ulcérées peuvent même guérir et des éléphantiasis disparaître sous son influence. Ces propriétés tant curatives que mndificatrices ont pu être désirées et fortuitement obtenues par des médecins, car ce que nous savons à l'heure actuelle sur la nature de la phlegmasie permet de douter que des irritatinns locales, des expositions au froid et d'autres pratiques analogues aient pu faire naître de toutes pièces le *streptococcus erysipelatus*, le contage proprement dit. Pour l'obtenir, le meilleur moyen consisterait à placer le malade à côté de quelques autres atteints d'érysipèle. Ce procédé n'est pas absolument pratique.

ESSAI SUR UNE VARIÉTÉ D'HYDARTHROSES CONSÉCUTIVES A L'OSTÉOMYÉLITE DE CROISSANCE ET ENTRETENUES PAR ELLE, par M. CYR LOUGNON. — Thèse de Paris, 1887.

L'ostéomyélite de croissance est fréquente chez les adolescents. C'est souvent moins une phlegmasie véritable qu'une simple congestion juxta-épiphysaire. Quoi qu'il en soit, la résultante de ce travail physiologique devenu pathologique a pour effet de retenir plus ou moins sur l'articulation voisine, de l'irriter et d'amener, grâce à un trouble sécrétoire anormal, un épanchement dans sa cavité.

Ces hydarthroses symptomatiques sont cliniquement caractérisées par un épanchement peu abondant, par l'absence de douleurs articulaires, par un point douloureux au niveau des cartilages de conjugaison voisins de l'articulation malade, par l'augmentation du volume de l'os. Essentiellement chroniques dans lenr marche, elles peuvent être le siége de poussées aiguës à la suite d'un traumatisme, de la fatigue ou d'nne blennorrhagie.

Tout en favorisant par une médication générale appropriée

le travail de l'ostéogenèse, le repos et l'immobilisation constitueront la partie essentielle du traitement.

Ch. Amat.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Premier trimestre de l'année scolaire 1887-1888. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le 13 octobre et clos le 19 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Inscriptions de 1re et de 2e années de doctorat et de 1re année d'officiat, les 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 26, 27 et 28 octobre, et les 3, 4 et 5 novembre.

La neuvième inscription de doctorat et la cinquième inscription d'officiat seront délivrées aux mêmes jours.

2o Inscriptions de 3e et 4e années de doctorat, de 2e, 3e et 4e années d'officiat, les 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18 et 19 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat, et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 8 novembre 1887.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du doyen, du 15 octobre au 15 novembre inclus.

Le dossier scolaire de ces élèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (art. 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883).

Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'étudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des droits universitaires.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, depuis le 10 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Les travaux pratiques sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat, et facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1887-1888, seront délivrées au Secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Les élèves de seconde année sont prévenus qu'ils doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre 1887.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du jeudi 3 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et 3e années; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificats de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, 2e et 3e années, suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique.

2o Elèves non obligés et docteurs, suivant la date de leur inscription à la Faculté.

Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours de midi à quatre heures jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1o Sa feuille d'inscription mise à jour par le Secrétariat de la Faculté;

2o La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

M. le docteur Dejars, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 18 octobre 1887, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'Ecole pratique.

Ce cours est facultatif; il ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Les demandes d'admission devront être adressées au doyen de la Faculté.

— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 17 octobre 1887.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique), tous les jours, à partir du 3 octobre 1887 jusqu'au 19 novembre inclus, et de deux à trois heures.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions leur seront refusées.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, des concours s'ouvriront, le 5 mai 1888, devant la Faculté de Bordeaux, pour les emplois de suppléants ci-après désignés à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse :

1o Emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie ;

2o Emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale

3o Emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique interne ;

4o Emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de chacun de ces concours.

Hôpitaux de Paris. — Dans le jury du concours de l'internat. MM. Mesnet et B. Anger ont été remplacés par MM. de Beurmann et Bar.

Dans le jury de l'externat, MM. Tuffier et Campenon ont été remplacés par MM. Routier et Auvard.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1886-1887.

46. M. Metge. Pathogénie et traitement des atrophies muscu-

laires consécutives aux fractures. — 47. M. Renaud. Contre-indications de la chirurgie conservatrice. — 48. M. Meyrignac. De l'épistaxis considéré comme hémorrhagie sénile. — 49. M. Dumas. Notes sur deux épidémies de choléra (1884-85) observées à Toulon dans les hôpitaux de la marine. — 50. M. Laffont. Contribution à l'étude du typhus abdominal à la Guadeloupe.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 2 au samedi 8 octobre 1887

Fièvre typhoïde 23 — Variole 4. — Rougeole 4 — Scarlatine 4. — Coqueluche 4 — Dipthérie, croup, 21 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 193. — Autres tuberculoses 15. — Tumeurs : Cancéreuses 32. — Autres 6. — Méningite 30. — Coogestion et hémorr. cérébr. 42. — Paralysie 7. — Ramollissemeot cérébral 4. — Maladies orgaoiques du cœur 49. — Broochite aiguë 13. — Broochite chronique 24. — Broncho-pneumooie 12. — Poeumonie 39 — Gastro-entérite : Seio 19. — Biberon 33. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité coogénitale 15. — Sénilité 21. — Suicides 19. — Autres morts violentes 5. — Autres causes de mort 168. — Causes iocoonues 6. — Total de la semaioe : 829 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs A. Filleau et Léon Petit. Première aonée, premier fascicule. In-8o de 55 pages. — Prix : 2 fr. — Deuxième anoée, deuxième fascicule. In-8o de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimeotaire, Traitemeot hygiéoique des malades. Uo vol. in-8 avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 fraocs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

La pratique des maladies des femmes, par Th.-A. Emmet, chirurgien de l'hôpital des femmes de New-York, etc. Ouvrage traduit sur la troisième édition et annoté par Adolphe Olivier, ancieo ioterne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, avec une préface par M. le professeur U. Trélat. Uo volume io-8 de xi-360 pages, avec 220 figures intercalées daos le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, 1887, librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saiot-Germain.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecioe, ouvrage couroooé par l'Académie des scieoces (prix Moothyoo, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine (prix Chateauvillard, 15 jaov. 1885). Deuxième éditioo, revue et corrigée. Un vol. io-8 de 975 pages, avec 130 figures et 1 plaoche eo chromo-lithographie. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecioe.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rocnechonart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

La fièvre a rechutes chronique, par M. le docteur Ch. Fiessinger.

I

En 1885, P.-K. Pel (1) attira l'attention du monde médical sur une maladie nouvelle, caractérisée par des alternatives de périodes apyrétiques et fébriles, au bout desquelles celui que en est atteint finit par succomber.

L'auteur considéra cette affection comme une maladie infectieuse chronique, et, en raison de l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques observée constamment, la groupa dans la classe des pseudo-leucémies.

Pel (2), dans un nouveau mémoire, en 1886, corrobora les conclusions de son premier travail.

(1) *Zur Symptomatologie der sogen. Pseudoleukæmie.* Berlin klin. Wochenschrift, 1885, no 1.

(2) *Ned-Tydschr. v. Genœskunde*, 1886, no 40.

Plus récemment, W. Ebstein (1) relata une observation d'un cas analogue, et, au lieu d'une pseudo-leucémie, en fit une fièvre à rechutes chronique.

Pel (2) s'entêta dans son appellation et défendit le terme de pseudo-leucémie dont il avait fait usage.

Quoi qu'il en soit, nous nous trouvons, à l'heure qu'il est, en possession de quatre observations concernant cette nouvelle entité morbide dont nous ne pensons pas qu'il ait encore était fait relation en France.

Observation I (Pel). — Homme de 25 ans, jusque-là bien portant, tombe subitement malade. Au début, l'on croit à une granulie; puis l'on pose le diagnostic d'une fièvre typhoïde à forme insolite. Enfin, l'on soupçonne une maladie des organes hématopoiétiques.

Le malade est successivement pris de quatre accès fébriles séparés par des intervalles d'apyrexie.

Le premier de ces accès dure dix jours, le second quinze, le troisième, compliqué de muguet et de diarrhée, prend fin au bout de trente-deux jours. Le quatrième se termine par la mort survenant le onzième jour, à l'époque où la température s'abaissait au-dessous de la normale.

La première période apyrétique se prolonge dix jours, la seconde quinze, la troisième huit.

Pendant les accès fébriles, température : 40° à 41°; dans les périodes apyrétiques, température au-dessous de la normale.

Le malade succombe à une asthénie cardiaque.

Autopsie. — Développement considérable de la rate, des ganglions rétropéritonéaux, mésentériques et bronchiques. Les ganglions sous-cutanés sont normaux. A la partie supérieure des

(1) *Das Chronische Rückfallsfieber* in Berlin klin. Wochens., n° 31, 1er août 1887.

(2) *Pseudoleukæmie oder Chronisches Rückfallsfieber*, in Berlin klin. Wochensch., no 36, 29 août 1887.

FEUILLETON

Études de médecine militaire.

Suite et fin. — Voir les numéros 41 et 42.

III

La véritable Inspection appartient aux Médecins-Directeurs de Corps d'armée qui, seuls, ne voient pas leurs subordonnés en courant et sont en bonne posture de saisir les flagrants délits de capacité, d'insuffisance ou de médiocrité passable.

Le Concours pour le grade, des Inspections inopinées voyant les choses sans fard en leur mise habituelle, tenant en haleine continue par leur permanence, avec obligation pour le Directeur (arrivé lui-même au Concours) d'essayer fréquemment ses subordonnés à la pierre de touche du savoir, voilà qui verra les fins de l'oisiveté, du mol scepticisme, de la courtisanerie, du népotisme, du Choix.

On y viendra.

Et il faut d'autant plus ne pas voir *pour rire* et comme « en corvée » le personnel technique que lors d'une mobilisation réelle il y aura des postes de tenue délicate et de *responsabilité* à confier en grand nombre (82 ambulances, 133 hôpitaux de campagne ou d'évacuation) (1).

***

Nous devons à deux de nos honorables amis, le colonel Dally, du *Paris illustré*, et Charles Léser, de la *République française*, qui ont suivi les opérations récentes du 17e Corps, quelques impressions de premier coup-d'œil sur la Mobilisation sanitaire.

Les formations du Corps d'armée étaient au complet de guerre : 4 ambulances, dont 2 divisionnaires d'infanterie, une de quartier général (réserve), une de brigade de cavalerie, plus 6 hôpitaux de

(1) Il n'y aura plus l'ancien parachute de l'Intendance : « Dès le commencement de l'action, tous les médecins de l'armée sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du Service de santé ». (*Aide-Mémoire de l'Officier d'Etat-Major*, p. 121). Il ne faudrait pas trop s'attendre à voir le Commandement alléger cette responsabilité.

lobes pulmonaires, signes d'inflammation pulmonaire chronique, circonscrite et guérie.

Pas d'autres lésions organiques.

Obs. II (W. Ebstein). — Jeune homme de 19 ans, de constitution délicate. Pas d'antécédents héréditaires. Entérite dans le jeune âge; plus tard, diphtérie (?) à 8 et 12 ans.

Début brusque de la maladie dans l'été de 1886. Lassitude, céphalalgie, anorexie, douleurs de ventre, ces dernières intermittentes, plus fortes du côté droit.

Du 13 novembre 1886, jour où l'on commence à prendre la température, jusqu'au 11 juillet 1887, par conséquent en 211 jours, on compte neuf périodes fébriles. Au milieu de juillet, éclate la dixième.

Moyenne des périodes fébriles........ 13 à 14 jours.
— des périodes apyrétiques.... 10 à 11 jours.

L'intervalle entre les ascensions thermométriques les plus élevées est d'ordinaire de 24 jours.

La température atteint en quelques jours 40°, plus souvent 41°; puis elle redescend lentement jusqu'à 36° et même au-dessous (35°6). Dès que la température du matin marque 37°, celle du soir indique déjà un léger degré fébrile.

Phénomènes nerveux peu marqués. Quelques maux de tête et une certaine apathie de la part du malade.

Du côté de l'appareil circulatoire, faiblesse cardiaque. Pouls battant 136 à 140 pendant les accès fébriles, et 88 à 100 dans les périodes intermédiaires.

Examen microscopique du sang complètement négatif. Pas d'augmentation dans le nombre des globules blancs. Pas de microbes visibles, même après différentes colorations à l'aide de couleurs d'aniline. Cultures du sang infructueuses.

Du côté des voies respiratoires, on note, comme complication, une pleurésie ordinaire.

De temps en temps un peu de toux et quelques crachats sanguinolents. Pas de bacilles de la tuberculose dans ces derniers.

Pendant les périodes apyrétiques, 18 à 20 inspirations par minute, 24 à 32 durant les accès fébriles.

Rien de spécial du côté du tube digestif.

Pendant la fièvre, enduit modéré sur la langue, sans sécheresse. Anorexie. Selles normales. Pas de bacilles typhiques dans les déjections.

Foie normal. Rate hypertrophiée, moins grosse dans les périodes d'apyrexie.

Pas d'exanthème sur la peau.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

L'examen des urines fournit les résultats suivants :

Urine des 24 heures :

	Périodes fébriles.	Périodes apyrétiques.
Urée.........	25 gr. 79	17 gr. 47
Acide phosphor..	2 gr. 30	1 gr.
Chlorures.......	2 gr. 38	6 gr. 792
Acide urique....	0 gr. 58	0 gr. 468

La quantité relativement faible de 17 gr. 47 d'urée dans les périodes apyrétiques coïncide néanmoins avec un bon appétit de la part du malade.

Aucun moyen mis en usage n'enraye la marche des accès fébriles.

Le malade habite un logement sain, auprès de sa famille, en entier bien portante. Néanmoins, il change de domicile, sans résultats pour sa santé.

Pendant près de deux mois, on donne journellement des injections sous-cutanées avec 0 gr. 25 de quinine à 0 gr. 0015 de liqueur de Fowler.

Il semble que sous l'influence de cette médication, les accès fébriles laissent le malade moins abattu.

Les hautes températures sont combattues avec l'antifébrine (une ou deux doses de 0 gr. 25). La température baisse; mais un frisson a suivi l'administration de deux doses.

A la faiblesse cardiaque répond l'administration de toniques (vins capiteux, cognac, etc.).

Tel est l'état actuel du malade d'Ebstein.

L'auteur ne peut rattacher les accès fébriles à aucune maladie inflammatoire.

Comme lésion, on ne constate qu'un gonflement de la rate.

Obs III (Pel). — Homme de 32 ans, officier de marine. Pas d'antécédents héréditaires ni spécifiques.

Fièvre intermittente, congestion du foie, dysenterie pendant un séjour dans les Indes.

Retour en Europe et saison à Carlsbad.

En mars 1884, plus de douleurs dans la région hépatique, disparition de la fièvre et de la diarrhée.

L'appétit néanmoins reste modéré et le foie légèrement engorgé. Séjour de deux mois et demi à Vichy. Dans cette dernière localité, quatre accès fébriles de huit à douze jours de durée. Le malade les rattache à sa fièvre intermittente et se rend en Suisse. Au bout de dix jours de résidence, nouvel accès fébrile d'une durée de vingt-deux jours. (Température de 38°-39°5.) Deux grammes de quinine administrés à ce moment restent sans effet.

---

campagne attelés (Les Règlements Français et Prussien disent 12 par Corps d'armée. 6 paraissent donc devoir demeurer en Réserve de remplacement).

Sauf en une manœuvre de brigade de la 33e Division, du côté de Mas-Stes Puelles, il n'a pas été constaté bien nettement de transport de blessés fictifs par brancardiers. Au combat de Villasavary (33e contre 34e Division), on n'a vu fonctionner dans l'attaque ni postes de secours, ni ambulances, ni rien de médical.

Mais ce qui paraîtra plus particulièrement regrettable, c'est qu'à la bataille de Montgaillard, où donnait le Corps d'armée entier, on n'ait en rien simulé le portage des blessés de la ligne de feu au poste de secours, de celui-ci à l'ambulance, de l'ambulance à l'hôpital de campagne : c'eût été, avec approximation suffisante et sans frais, l'image du réel.

Les hôpitaux de campagne, avec leurs attelages de réquisition, n'ont pas quitté le convoi; ils se sont contentés de revenir sur roues, en simples charrois, de Carcassonne à Toulouse.

On eût pu mieux faire que ce roulage.

A la gare de Pexiora, l'aménagement improvisé d'un train sanitaire sans mise en marche a été tenté à quai. Cette expérience, quoique suivie avec intérêt par un assez grand nombre de médecins, d'officiers et d'intendants, n'a porté que sur 3 wagons, dont l'un, système Bry (6 blessés couchés sur un seul étage), et les deux autres, comme il arrivera souvent en presse de guerre, avec un simple lit et quelques botillons de paille pour élasticité (7 brancards, dont 1 dans la largeur).

***

Au point de vue de l'Hygiène du soldat, les avant-postes étaient repliés à minuit, de sorte qu'il n'y a pas eu, à franchement parler, de nuit de bivouac. A l'arrivée à l'étape, les hommes ne quittaient pas toujours le brodequin pour la chaussure de repos règlementaire (souliers avec guêtres blanches).

Les soins de propreté individuelle semblaient aussi souffrir de l'unique sac à brosses, dévolu à une escouade de 15 à 20 hommes; on se soignait, on s'astiquait moins, détail non mince, qui confine à trois grands objectifs de guerre la tenue, l'hygiène et la discipline.

Quelques Pyrénéens, en marche, mettaient leurs souliers sur le

Période apyrétique de sept jours (Temp. 36°,5) pendant laquelle le malade reprend ses forces.

Voyage à Amsterdam, d'où le malade revient en pleine période fébrile.

Pel, alors seulement, voit le malade pour la première fois.

Homme affaibli. Douleurs vagues, lassitude, fièvre. Diarrhée légère.

Teinte terreuse de la peau, sans ictère. Pouls dépressible, dicrote, à 104. Respiration 28. Température 39°,1; la veille 40°,3 Pas d'œdème.

Poumons sains. Souffle anémique au cœur. Foie sensible à la pression. Ses bords sont facilement accessibles à la palpation.

Rate augmentée de volume. Colon descendant sensible à la pression. Pas d'albumine ni de sucre, mais beaucoup d'urobiline dans les urines.

Au commencement de 1885, apparition d'un ictère très prononcé et mort du malade au milieu de phénomènes d'empoisonnement biliaire.

Pour savoir s'il s'agissait d'une hépatite suppurée, une ponction exploratrice avait été faite le 3 mai, sans résultat

Tous les médicaments (quinine, arsenic, salicylate de soude) sont restés infructueux.

Autopsie.—Elle a été incomplète. Forte hypertrophie de la rate, des ganglions lymphatiques et du foie. Ce dernier organe présente à sa périphérie une série d'îlots d'hépatite, appréciables à l'examen microscopique.

Obs. IV. (Pel). — J. S..., 41 ans, ouvrier, père de quatre enfants bien portants, a eu la fièvre jaune à la Havane, alors qu'il était âgé de 16 ans. Depuis cette époque, santé bonne. Pas d'antécédents héréditaires. Mère âgée de 84 ans, père mort à 64 ans d'une maladie inconnue. Syphilis douteuse. Usage modéré de l'alcool.

En 1885, deux accès fébriles séparés par un intervalle apyrétique de deux à trois semaines. Voyages à Riga et New-York non suivis d'amélioration.

Le 17 octobre 1885, entrée à l'hôpital.

Homme paraissant solidement constitué. Teinte terreuse de la peau; pas d'ictère. Pouls régulier, dépressible, à 100 pulsations.

Température 39°-40°. Respiration 20. Surdité provenant peut-être de la quinine. Pas d'œdème.

A l'auscultation, râles de bronchite dans la poitrine, souffle systolique à la pointe du cœur, dont la ligne de matité va à droite jusqu'au milieu du sternum et à gauche jusqu'à la ligne mamelonnaire.

Foie et rate fortement tuméfiés, non bosselés, insensibles à la pression (Hauteur de la matité de la rate 27 centim.). Le bord inférieur du foie s'étend jusqu'à une moitié de distance entre l'ombilic et le rebord costal. Gargouillement dans la région iléo-cœcale. Diarrhée. Pas d'exanthème. Ganglions inguinaux durs et gonflés. Pas de sucre ni d'albumine, mais beaucoup d'urobiline dans les urines.

22 octobre.—Etat stationnaire. Pas d'altérations appréciables à l'examen microscopique du sang. Globules rouges normaux. Globules blancs légèrement augmentés de nombre.

26 octobre.— La température est tombée à 37°,7. Gonflement des ganglions sus-claviculaires du côté gauche.

30 octobre. — La température est au-dessous de la normale. Rate moins grosse. Le malade se croit guéri.

5 novembre. — Nouvel accès fébrile, de cause inconnue. La rate augmente de volume.

10 novembre. — La fièvre persiste. Le malade est sourd, bien qu'il ne fasse pas usage de la quinine. La teinte de la peau semble plus terreuse que dans la période apyrétique. L'examen ophthalmoscopique montre une papille pâle avec hémorrhagies considérables sur le parcours des vaisseaux.

Fin novembre.—Ictère très prononcé, périhépatite. Affaiblissement progressif. Mort le 3 décembre.

Autopsie.—A l'ouverture du ventre, ascite légère. Le plan supérieur du foie et son enveloppe séreuse ne sont pas recouverts de fausses membranes. La plèvre renferme un peu de liquide. Poumons sains; pas de traces de tuberculose. Ganglions bronchiques hypertrophiés. Cœur normal.

La rate pèse 1/2 kilog. Capsule un peu épaissie. L'intérieur de l'organe est parsemé de petites nodosités d'un gris pâle, variant comme dimensions de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette. Ces nodosités se retrouvent plus petites dans le foie et les reins (productions lymphoïdes).

Les ganglions sus-claviculaires, rétro-péritonéaux et mésentériques, sont tuméfiés et durs.

II

Les observations que nous venons de relater rentrent-elles dans le cadre des affections déjà connues, ou doit-on, au contraire, les considérer comme une entité morbide nouvelle?

Dans ce cas, quelle serait leur nature?

Ce sont les questions que nous allons étudier.

Deux symptômes prédominants, dans les maladies précédentes, forcent l'attention :

1° L'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques;

---

sac et trottaient en espadrilles ou même pieds nus, et ce n'étaient pas les moins ingambes.

Au retour, en présence des convois, trains et tous interminables charretages, le général Bréart aurait laissé échapper un : « Que de voitures! » qui confirme, hélas! ce que nous avions dit sur la trop-longueur de colonne routière des ambulances (425 m., un bataillon 450 m.).

Enfin, la note sanitaire gaie a été donnée au quartier-général du Corps d'armée par l'aumônier israélite (capitaine de 2e classe), qui a refusé de se laisser passer au cou l'insigne de l'amônerie terminé par une croix et qui regimbait même au simple brassard à cause de sa croix rouge. Il a fini cependant par composer sur ce dernier point en marmottant quelques exorcismes.

Ce regain de moyen-âge a fait sourire.

L'essai réussi de mobilisation du 17e corps (qu'il n'a pas dépendu des médecins de rendre plus techniquement exact) a montré cependant combien il serait utile d'appeler nos distingués confrères de la Réserve et de l'Armée territoriale à des stages pratiques, hospitaliers et régimentaires.

On semble ne s'être pas fait à la 7e Direction passée de mode une idée bien précise de l'urgence qu'il y aurait à préparer l'instruction de notre puissante Réserve (1) technique autrement que par des récitations du *littéral* du Règlement comme des récitations de « théories » demandées aux jeunes médecins auxiliaires.

Nous allons rendre tangible par quelques chiffres et l'insuffisance numérique des docteurs du cadre actif et l'importance de fonctionnement, le premier rôle pour ainsi dire que cette insuffisance même délègue à nos confrères civils.

(1) D'autant que ce *Règlement sur le service de santé en campagne* a subi de fortes pertes de substance en 1886-87 et perdu de son infaillibilité de cathéchisme par des additions, soustractions et surtout multiplications de notes ministérielles grossissant les gras volumes du Bulletin militaire officiel, partie réglementaire, supplémentaire et complémentaire (modifications du sac d'ambulance, du certificat d'origine de blessures, iodoforme, pinces de Péan, charpie antiseptique à papier *bleu*, boriquée *blanc*, phéniquée *rouge*, bichlorurée, qu'on a belliqueusement vêtue de couleurs nationales, etc., etc.).

2° La marche tout à fait singulière du mouvement fébrile, avec ses périodes d'apyrexie reliées les unes aux autres par une série d'accès fébriles.

Suivant que la tuméfaction des ganglions et de la rate, ou bien la configuration spéciale du tracé thermométrique ont, aux yeux des observateurs, occupé le premier plan, la maladie a été baptisée de deux noms distincts :

Pel l'appelle : « *Une forme infectieuse spéciale de pseudo-leucémie* ».

Ebstein la désigne sous le nom de : « *fièvre à rechutes chronique* ».

Aussi bien chacune de ces dénominations peut être défendue.

Pel a été frappé par les analogies que sa maladie présente avec la pseudo-leucémie.

On sait que la psendo-leucémie, ainsi appelée par Wunderlich (1), est la maladie décrite par Trousseau (2) sous le nom d'adénie, maladie caractérisée, comme la leucémie, par une augmentation do volume de la rate et des ganglions lymphatiques, mais différant de la leucémie par l'absence d'augmentation dans le nombre de globules blancs du sang. Trousseau fait de l'adénie et de la leucémie deux affections distinctes. Wunderlich se demande si l'adénie ne serait pas au premier degré de la leucémie. En tous cas, toutes deux se signalent par l'extrême gravité du pronostic.

Aucun des malades des observations précédentes n'ayant présenté une exagération notable dans le nombre des globules blancs (augmentation légère dans l'observation IV), nous écartons le diagnostic de leucémie pour discuter celui de pseudo-leucémie.

Tout d'abord, certains symptômes sont identiques dans la pseudo-leucémie et dans la maladie qui nous occupe.

La rate et les ganglions lymphatiques sont tuméfiés dans les deux cas.

Le système nerveux et l'appareil digestif ne semblent subir de profondes atteintes ni dans l'une ni dans l'autre de ces maladies.

(1) Wunderlich. *Pseudo-leukæmie Hodgking's Kranheit oder multiple Lymphadenome ohne Leukæmie* (ARCH. DER HEILKUNDE, 1866, p. 331).

(2) Trousseau. *Clin. médic. de l'Hôtel-Dieu*, 4e édition, 1873, t. III, p. 609.

L'intelligence reste nette. On note des maux de tête (obs. II), des douleurs vagues (obs. III), de la surdité (obs. IV) peut-être en rapport avec l'usage antérieur de la quinine. Il est à remarquer que la dureté de l'ouïe a été observée dans quelques observations de leucémie (Bamberger, Muller, Ehrlich, etc.)

Pendant les accès fébriles, on trouve de l'anorexie. Trois malades ont eu la diarrhée (obs. I, III et IV).

Dans l'observation IV, on a constaté des hémorrhagies rétiniennes et des productions lymphoïdes dans la rate, le foie et les reins, comme on en découvre souvent dans la leucémie.

L'analyse du sang a été incomplète. Dans la pseudo-leucémie, on signale une diminution dans le nombre des globules rouges. Geigel (1) a vu dans ces cas le chiffre des globules rouges s'abaisser à 2.500.000, puis, peu de temps avant la mort, à 1.200.000 par millimètre cube. La quantité de globules rouges n'a pas été notée dans nos observations.

L'affaiblissement progressif des malades est le même chez nos malades et dans les cas de pseudo-leucémie.

Néanmoins, certaines différences séparent ces deux affections.

Dans les pseudo-leucémies, on peut rencontrer une légère albuminurie (2), ce qui ne s'est jamais produit chez nos malades.

Le pronostic n'est pas davantage absolument semblable.

Certaines pseudo-leucémies se terminent par la guérison. F.-W. Warfwinge (3) constate les bons effets de la médication arsénicale. Sur 7 malades soumis à ce traitement, 2 n'ont pas été améliorés, mais les 5 autres sont allés beaucoup mieux. Mosler préconise les injections parenchymateuses de liqueur de Fowler et injecte jusqu'à 1 gramme de cette substance sans inconvénient.

Le pronostic a toujours été fatal chez nos malades.

Enfin, le diagnostic différentiel le plus net entre la pseudo-

(1) *Verhalten der rothen Blutkœrperchen bei der Pseudo-leucœmie*, par R. Geigel (DEUTSCH. ARCH. F. KLIN. MED., t. XXXVIII, Heft 1 et 2, p. 59, 1885).

(2) Potain. *Un cas de pseudo-leucémie splénique*, in SEMAINE MÉDICALE, 14 septembre 1887, p. 360.

(3) *Om behandling af leukemi, pseudo-leukemi och perniciœs, progressiv Anemi med. Arsenik*, par F.-W. Warfwinge (NORDISKT. MED. ARCH., n° 3, fasc. 1, 1883).

Les Corps de troupe ou formations sanitaires des 19 Corps d'armée nécessiteront à la prochaine mobilisation de Guerre :

1° CORPS DE TROUPES ET DIRECTIONS.

	Médecins du cadre.
Pour 172 régiments (ligne, zouaves, turcos, légion), à 2 médecins	344
30 bataillons de chasseurs, 3 d'Afrique, 82 régiment de cavalerie, à 1 médecin	115
Groupes de batteries d'artillerie, à 5 médecins par corps d'armée	95
19 bataillons du génie, 16 bataillons d'artillerie de forteresse, 19 escadrons du train, à un médecin	54
5 médecins Directeurs d'armée, 19 de corps d'armée, 19 médecins directeurs généraux d'étapes, 10 médecins directeurs de forteresse ou de grandes garnisons (Paris, Lyon, etc.)	53

2° FORMATIONS SANITAIRES.

	Médecins du cadre.
Personnel de 57 ambulances d'infanterie ou de quartier général à 4 médecins du cadre	228
19 ambulances de brigade de cavalerie à 2 médecins	38
6 ambulances de division de cavalerie indépendante à 4 médecins du cadre	24
Personnel de 114 hôpitaux de campagne (6 par Corps d'armée) à 2 médecins	228
19 hôpitaux d'évacuation (1 par Cors d'armée) (1) à 2 médecins du cadre	38
	1.217

Il y a actuellement au Tonkin 66 médecins militaires; en Algérie 89, en Tunisie 22, au total 177.

Comme on voit, les formations ci-dessus et le service colonial exigent réglementairement un total de 1,394 médecins du cadre.

Or, il n'en existe que 1,205 (*Annuaire Rozier* de 1887).

(1) Au-dessous du réel, il y aura quelquefois 1 hôpital d'évacuation sur voie ferrée, un autre sur canaux ou routes.

leucémie et la maladie qui nous occupe réside dans la marche tout-à-fait étrange de la fièvre.

Non pas que, dans la pseudo-leucémie, on n'assiste pas à des mouvements fébriles.

On peut y retrouver un type fébrile intermittent ou rémittent provoqué parfois par des poussées inflammatoires du côté des ganglions lymphatiques (1) ou par des complications intercurrentes (2).

D'après Gowers (3), la moitié des cas de pseudo-leucémies seraient compliqués d'élévations de température, et ces élévations de température se produiraient quelquefois suivant des tracés analogues les uns aux autres (4).

Mais jamais on n'a signalé de tracé thermométrique aussi caractéristique que celui présenté par nos malades. Ces alternatives régulières de périodes apyrétiques et fébriles ne sont pas connues dans les pseudo-leucémies, et nous profitons de cette particularité pour distraire du groupe des pseudo-leucémies la maladie dont nous nous occupons.

W. Ebstein a appelé cette maladie « fièvre à rechutes chronique », et nous adoptons cette dénomination, parce qu'elle attire l'attention, avant toute chose, sur la marche de la fièvre.

Nous ne rattachons toutefois pas cette affection à la fièvre à rechutes ordinaire, autrement dit à la fièvre récurrente.

Si les tracés de température les rapprochent, bien d'autres signes séparent ces deux affections.

On sait que, dans la fièvre récurrente, on distingue deux formes :

1° La forme simple. Celle-ci ne donne qu'une mortalité de 6 %.

2° La forme bilieuse (fièvre typhoïde bilieuse de Griesinger). On constate 2/3 % des décès.

Les spirilles d'Obermeier sont les caractéristiques de la fièvre récurrente. Jamais on n'a retrouvé le moindre micro-organisme dans le sang de nos malades.

(1) R. Virchow. *Ger. Abhandludgen*, Frankfurt-a-M., 1886, p. 203.

(2) R. Schultz. ARCH. DER HEILKUNDE. Leipzig, 1874, p. 213. F. 6.

(3) Reynald's. *System of medic.*, vol. V, p. 306-352.

(4) Murchison. *Transact. of the Pathol. Society of London*, vol. XXI, p. 372. London, 1870.

De plus, la fièvre récurrente bilieuse, celle qui, par sa gravité, se rapprocherait le plus de notre maladie, se complique de douleurs de membres violentes, de vomissements bilieux, de prostration rapide, d'ictère qui apparaît du quatrième au sixième jour.

Deux de nos malades (Obs. III et IV) ont bien présenté de l'ictère, mais cela comme phénomène tardif, peu de temps avant la mort, et les troubles digestifs, la prostration dès le début, ont toujours fait défaut.

Ajoutons la durée très longue de notre maladie, son développement sporadique, ce qui n'arrive jamais pour la fièvre récurrente, son pronostic toujours fatal, et nous établirons un diagnostic différentiel facile entre les deux affections.

Comme antécédents chez les sujets de nos observations, nous relevons : chez l'un, une fièvre intermittente (Obs. III), et chez l'autre (Obs. IV), la fièvre jaune, avec, peut-être, la syphilis.

La fièvre intermittente du premier aurait-elle quelque rapport avec la fièvre à rechutes chronique?

C'est à la suite de l'affaiblissement produit par la fièvre intermittente que le malade, officier de marine dans les Indes, demande son rapatriement en Europe.

Cette fièvre à rechutes chronique, dont il est frappé peu de temps après, serait-elle une fièvre récurrente malarienne à forme grave ? (1).

On distingue dans cette maladie : 1° Une première phase fébrile ; 2° une période de rémission ; 3° une deuxième phase fébrile.

Mais, là encore, on observe des vomissements et de l'ictère dès le début. Les urines sont noires ; les symptômes ataxo-adynamiques prédominent.

Nous assignerons plutôt à la fièvre intermittente de ce malade et à la fièvre jaune du suivant une action indirecte dans l'étiologie de l'affection actuelle. Les malades débilités par le séjour dans les pays chauds et les fièvres qu'ils y avaient contractées, ont offert un terrain meilleur à l'envahissement de l'affection subséquente. L'ictère provient de ce que, chez eux, le foie constituait un lieu de moindre résistance.

(1) *De la fièvre récurrente malarienne observée aux Antilles*, par Tissot (Thèse de Paris, 1884).

C'est dire que, même en ne supposant aucun déchet parmi quelques médecins demi-valétudinaires ou arrivés près de la limite d'âge, en admettant qu'on puisse dégarnir de moitié ce qui présenterait des difficultés, l'Algérie, la Tunisie et surtout le Tonkin, il restera à pourvoir, à l'aide des médecins de Réserve et Territoriaux (outre environ 1500 places dans les régiments et formations sanitaires ci-dessus), à la totalité des Directions de Corps d'armée, service hospitalier et régimentaire du territoire, petits dépôts de l'armée active, recrutement, lignes et gîtes d'étapes. En plus, aux Corps de troupe et formations sanitaires des 8 ou 9 Corps d'armée territoriaux qui iront renforcer au plus vite sur la frontière les 665,000 hommes ci-dessus correspondant aux effectifs des 19 Corps d'armée.

Nous n'insistons pas.

Il découle de ce synoptique qu'il faut augmenter les cadres actifs du CORPS DE SANTÉ qu'on laisse stationnaires, tout en grossissant chaque jour les régiments (1).

(1) A l'heure actuelle, l'armée allemande compte 1,777 médecins présents au lieu de nos 1,205, soit 572 en plus.

Puis qu'il serait bon d'appeler nos confrères de tous grades à des stages pratiques qu'on semble dispenser moins parcimonieusement à des officiers d'administration et ntendants, dont le rôle (souvent effacé par l'officier d'approvisionnement) sera de pratique restreinte en vraie guerre où les fours roulants et toute la boulangerie ambulatoire ne joueront qu'un rôle d'allongement et d'alourdissement des colonnes.

Le Budget peut effectuer des économies sur ces chapitres.

Il ne le doit pas sur le Chapitre de la vie des soldats.

Dr AMÉDÉE CHASSAGNE.

— MM. les médecins principaux Duchateau et Galliot, professeurs à l'École de médecine navale de Brest, sont désignés, le premier, pour occuper la chaire de clinique médicale, pathologie interne, pathologie exotique, laissée vacante par l'admission à la retraite de M. le médecin en chef Nielly; le second, pour être chargé du cours de clinique médicale et thérapeutique, en remplacement de M. Duchateau.

Un antre diagnostic différentiel s'impose avec une maladie infectiense, récemment décrite par Weil (1).

Il s'agit de quatre cas observés par Weil, d'un antre plus récent communiqué par Golschmidt.

Les malades ont de la fièvre, une augmentation de volume du foie et de la rate, de l'ictère et de la néphrite, des troubles intestinaux, des douleurs dans les membres, du vertige, du délire, de la somnolence, de la céphalalgie, et, d'ordinaire, une rechute après quelques jours d'apyrexie.

Certes, les ressemblances sont frappantes avec la fièvre à rechutes chronique.

Mais l'ictere précoce, la néphrite, les troubles intestinaux, les phénomènes nerveux et enfin la guérison de tous les malades, distinguent encore cette affection de celle que nous étudions.

Nous concluons donc, pour la fièvre à rechutes chronique, à l'existence d'une affection *sui generis*, inconnue jusqu'aujourd'hui.

Quelle est la nature de cette maladie ?

Des hommes de tout âge en sont atteints (25 ans, 19 ans, 32 ans, 41 ans). Jusqu'à présent, la fièvre à rechutes n'a pas été observée chez les femmes.

Jamais nous n'avons noté d'antécédent héréditaire.

Deux fois nous ne trouvons aucun antecédent morbide (obs. I et II); deux fois nous constatons l'existence d'une maladie infectieuse antérieure (obs. III, malaria; obs. IV, fièvre jaune). Une fois (obs. IV), on soupçonne une syphilis.

La maladie n'est pas épidémique et ne frappe que des individus isolés.

La symptomatologie signale constamment une hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques (engorgement des ganglions bronchiques mésentériques et rétro-péritonéaux, dans les trois cas suivis d'autopsie). Le foie est hypertrophié deux fois (obs. III et IV), alors qu'il avait déjà été atteint auparavant par une fièvre intermittente et une fièvre jaune.

Nons avons vu les phénomènes nerveux peu marqués, les troubles digestifs insignifiants (diarrhée, obs. I, III et IV; muguet, obs. I).

Les périodes fébriles et apyrétiques revêtent les variations suivantes :

Observation I. — Quatre accès de 10, 15, 32 jours.
Périodes apyrétiques de 10, 15 et 8 jours.
Mort dans le courant du quatrième accès, le onzième jour, avec des troubles d'asthénie cardiaque.

Obs. II. — Périodes fébriles de 13 à 14 jours.
Périodes apyrétiques de 10 à 11 jours.
Dix périodes fébriles en neuf mois. Malade encore vivant.

Obs. III. — Six périodes fébriles de 8 à 12 jours.
Périodes apyrétiques d'une semaine.
Mort dans le sixième accès, suite d'un ictère terminal.

Obs. IV. — Environ quatre accès de quinze jours séparés par des intervalles de deux à trois semaines.

Mort, due, comme la précédente, à un ictère terminal. Nous savons que les sujets des observations III et IV ont habité les pays chauds, où ils ont contracté l'un une fièvre intermittente avec congestion du foie, l'autre une fièvre jaune.

(1) Deutsch. Arch. für klin. Medicin., vol. XXXIX. et XL. Centralbl. f. klin. Medic., p. 18 et 495.

Après chaque accès fébrile, la température descend au-dessous de la normale et les malades repreunent rapidement leurs forces.

L'anémie est constante. La teinte de la peau est d'un gris sale (Souffle anémique au cœur, obs. III, dans l'observation IV, souffle systolique à la pointe ; à l'autopsie, cœur normal).

Comme complications intercurrentes, nous notons une pleurésie (obs. II). Dans ce cas, lors d'une période apyrétique, la température s'est légèrement élevée.

La médication n'exerce aucune action sur la durée du mal et ses rechutes. Quinine, arsenic, salicylate de soude, sont restés sans résultats. Dans l'observation II, les injections sous-cutanée de quinine et de liqueur de Fowler semblent diminuer la faiblesse qui suit les périodes fébriles.

Le fait que des personnes, sans sortir de chez elles (Obs. I et II), alors que toute leur famille est bien portante et que nul cas de fièvre à rechutes n'existe dans le pays, le fait que ces personnes contractent cette affection prouve l'origine interne du mal.

Nous avons rejeté l'idée d'une pseudo-leucémie.

Si l'expérimentation avait démontré la toxicité des urines, nous admettrions une auto-intoxication par trouble dans l'élaboration des poisons physiologiques (ptomaïnes, leucomaïnes, matières extractives).

De même que, sous l'influence de fatigues, il peut se produire des fièvres de gravité diverses, allant, d'après Peter, jusqu'à reproduire la symptomatologie de la fièvre typhoïde ; de même qu'on observe, dans ces mêmes cas, des rhumatismes articulaires (pseudo-rhumatisme de surmenage); de même, sous d'autres influences, encore inconnues, il se formerait de toutes pièces l'entité morbide que nous appelons : « fièvre à rechutes chronique ».

Que cette maladie prenne son origine dans le fonctionnement anormal de la vie cellulaire, cela est possible.

La fièvre chronique à rechutes et la maladie de Weil sont deux maladies infectieuses reconnaissant peut-être une cause identique : des troubles dans l'élaboration des matières toxiques de l'organisme.

Aussi bien le cadre des maladies infectieuses s'élargit singulièrement.

Les unes provieunent de microbes pénétrant dans l'organisme (fièvre typhoïde due au bacille d'Eberth, rhumatisme articulaire provoqué par le monas de Klebs, etc.); d'autres, avec une symptomatologie presque analogue, trouveraient leur origine dans l'organisme, sans le concours d'un microbe pathogène (fièvre typhoïde de Peter, pseudo-rhumatisme de surmenage, etc.)

La fièvre à rechutes chronique rentrerait dans cette seconde catégorie.

CLINIQUE MÉDICALE

Notes sur trois épidémies d'oreillons, observées a Commentry (1875, 1881, 1887), par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Les oreillons constituent une maladie épidémique généralement si bénigne qu'on n'est appelé à s'en occuper qu'à l'occasion d'un violent appareil fébrile initial, ou bien à l'occasion de complications bizarres variées et inattendues.

Dans la pratique civile ordinaire, non plus que dans la pratique hospitalière, à moins qu'il ne s'agisse de cas développés sur place à l'hôpital, on n'est guère appelé à soigner les oreillons simples, indemnes de toute complication. C'est pour cela que les médecins militaires attachés à un régiment ont pu les premiers, et mieux que leurs confrères placés dans les conditions ordinaires de la pratique, observer ces épidémies dans toute leur pureté.

Par ma situation de médecin des mines de Commentry, et, à ce titre, chargé de soigner les ouvriers mineurs, je me suis trouvé non pas dans une condition analogue à celle des médecins militaires, mais dans des conditions meilleures encore; car, outre les ouvriers, généralement adultes, j'ai eu à soigner, et cela gratuitement, leurs femmes et leurs enfants. Cette situation spéciale m'a permis de faire venir à ma consultation ou d'aller voir à leur domicile presque tous les sujets qui m'étaient signalés comme étant atteints d'oreillons. Aussi est-ce avec un dossier relativement considérable que je puis parler de cette singulière affection. J'avoue que dans les notes que j'ai recueillies sur les oreillons depuis la première épidémie à laquelle j'ai assisté en 1875-1876, je ne me suis pas préoccupé de la question microbienne, question sur laquelle un de mes meilleurs maîtres et amis, le docteur A. Ollivier, a insisté en 1886. Dans son livre intitulé : Études d'Hygiène publique (page 71), il a consacré un chapitre à la contagiosité et au contage des oreillons; je ne crois pas pouvoir mieux faire que d'y renvoyer le lecteur.

Je me contenterai dans ce modeste travail de signaler les particularités cliniques qu'il m'a été donné d'observer dans le cours de trois épidémies. Car, dans une période de 15 ans durant laquelle j'ai exercé la médecine à Commentry, j'ai assisté à trois épidémies d'oreillons : en 1875, 1881 et 1887.

Première épidémie 1875-1876.

Lors de la première épidémie, de beaucoup la plus violente et dans laquelle, à ma connaissance, plus de 700 sujets furent atteints (1), une particularité me frappa si bien que, le 4 octobre 1875, je faisais devant la Société des sciences médicales de Gannat une Communication intitulée : « *De l'engorgement isolé ou primitif des glandes sous-maxillaires dans une épidémie d'oreillons.* »

A Commentry et dans les environs, disais-je à cette date, une épidémie d'oreillons règne depuis la fin de juin 1875. Elle va s'affaiblissant depuis un mois, après avoir frappé la plupart des habitants de tout âge et de tout sexe restés jusque-là indemnes de cette affection. Les vieillards seuls ont été épargnés.

Sur l'évolution, la marche et la terminaison des cas nombreux que j'ai eu l'occasion d'observer, je n'ai rien remarqué qui ne fût d'accord avec ce que nous ont appris les classiques. Mais, quant au siège, il m'a été donné quatre fois de noter une anomalie qui ne me paraît pas encore avoir été signalée.

Observation I. — Le 23 août 1875, on m'appelait à sept heures du matin; un enfant de onze mois, premier né d'un entrepreneur de maçonnerie, gai la veille et bien portant, avait crié toute la nuit sans que le sein de sa mère pût arriver à calmer ses gémissements. A la pointe du jour, la mère a remarqué au-dessous du menton un gonflement considérable. Les canines n'ont pas encore fait leur éruption, mais les gencives ne sont ni ronges, ni tuméfiées. Quelques croûtes sèches à la tête me font demander si l'enfant n'avait pas antérieurement de petites indurations sur les côtés du cou. La mère affirme n'avoir jamais vu la moindre grosseur. Toute la région sus-hyoïdienne jusqu'aux angles du maxillaire inférieur est tuméfiée, dure, rénitente. La peau y est d'un rose foncé, brillante. L'enfant se plaint dès que je touche la région. Il n'existe pas de trace d'angine, la voix est claire, il y a un peu de fièvre, et je diagnostique un abcès en voie de formation, en gardant quelques doutes sur la prétendue soudaineté de l'apparition du gonflement.

Après avoir conseillé l'application de cataplasmes de farine de graine de lin fréquemment renouvelés, je crois devoir annoncer qu'il sera utile de donner issue au pus dans deux jours au maximum.

Le lendemain, le gonflement s'était étendu, il occupait toute la région sous-maxillaire jusqu'au-dessous des oreilles. La peau, sous le menton, était encore plus tendue que la veille; la rougeur plus vive, et autour l'empâtement était considérable. Il n'y avait pas de fluctuation; les cataplasmes durent être continués. Un peu de sirop de chicorée composé devait entretenir la liberté du ventre.

Le 25, la tuméfaction avait singulièrement diminué; la peau s'était assouplie. Je ne trouvais pas d'abcès. Le 26, tout était disparu.

Obs. II. — Le 28 août, je fus appelé par une mère impatiente et inquiète au plus haut degré sur l'état de son fils, qui a été pris subitement dans la journée d'une fièvre très violente et dont le cou s'est enflé au point qu'il est près d'étouffer. Il s'agit d'un jeune garçon de sept ans que j'ai déjà soigné à plusieurs reprises depuis un an et demi.

Atteint, dès son jeune âge, de fièvres intermittentes rebelles, il était, à son arrivée à Commentry (trois ans auparavant), dans un état voisin de la cachexie paludéenne, hypertrophie splénique, anémie, pâleur extrême avec légère bouffissure des tissus, palpitations cardiaques, maigreur excessive, taille rabougrie, rien ne manquait pour empêcher de croire à une longue vie.

Les amers, les iodiques, le quinquina et, en en dernier lieu, le fer, avaient un peu reconstitué cet organisme débilité. Et, depuis plus de six mois, je n'avais pas vu cet enfant, lorsque je le trouvai ce jour-là alité, la face vultueuse. Le pouls offre 108 à 112 pulsations à la minute. Le cou est enflé dans la région sous-maxillaire; la peau y est rouge, chaude, un peu tendue. La pression y est très douloureuse. Il n'y a pas de ptyalisme. L'enfant souffre en avalant; l'arrière-gorge présente, en effet, un peu de rougeur diffuse. La langue est blanche; il y a un peu de constipation. Je prescris des fomentations chaudes autour du cou, quelques sinapismes aux jambes, un peu de sel de Seignette pour le lendemain matin et des boissons délayantes.

Le 29, au matin, la fièvre a un peu baissé. La région parotidienne est engorgée de chaque côté. La région sous-maxillaire l'est un peu moins; l'enfant avale mieux. Le soir, il n'y a plus de fièvre. Je ne trouve que des oreillons et je conseille de légères frictions locales avec de la ouate imbibée de baume tranquille.

Le 31, l'enfant se lève et l'engorgement parotidien est à peu près complètement disparu.

Obs. III — Le 6 septembre, on m'apporte un gros bébé de deux ans et demi, gras, joufflu, qui pleure et crie horriblement depuis la veille au soir. Son cou a gonflé subitement, affirme la mère. La région sous-maxillaire est en effet excessivement tuméfiée, d'un rouge vif, reluisant. La pression fait redoubler les cris de l'enfant. La tension et l'induration de la peau sont énormes. Il n'existe pas d'angine. La langue est un peu blanche. Il y a un peu de fièvre

(1) Il ne faudrait pas croire que j'ai pu observer ces 700 cas. Mon chiffre représente un total de faits dus plutôt à des renseignements recueillis qu'à des observations réelles. Ainsi, lorsque j'étais appelé dans une famille, mon interrogatoire m'apprenait qu'un des trois enfants avait eu déjà les oreillons, que dans les deux maisons voisines il y avait eu ici 4, là 2 cas d'oreillons. C'est ainsi que j'ai composé mon chiffre.

(96 pulsations par minute). La tête est projetée en arrière. Je trouve 20 petites dents magnifiques. Les oreilles sont saines; la tête est nette. Je n'hésite pas néanmoins à conclure à la formation d'un abcès et prescris l'application de cataplasmes émollients, en même temps que des onctions avec une pommade résolutive (au chlorhydrate d'ammoniaque).

Le lendemain, le gonflement et la douleur sont à peu près les mêmes que la veille.

Le 9 septembre, la gaieté était revenue. La rougeur est à peu près nulle, le gonflement beaucoup moins accusé; la peau a repris sa souplesse, et l'on peut exercer une légère pression sur la région sans provoquer la moindre plainte.

Trois jours après, sa sœur aînée, âgée de neuf ans, avait les oreillons et, le lendemain, un autre frère âgé de sept ans s'en plaignait à son tour.

Il n'y eut pas de métastase testiculaire.

OBS. IV. — Le 21 septembre, on vient me chercher pour aller dans une commune voisine, à Colombier, voir une femme alitée depuis quelques jours.

Agée de 31 ans, la femme A... est enceinte de son quatrième enfant et croit toucher au huitième mois de sa grossesse. Il y a quatre jours, son cou a gonflé subitement et, dès le lendemain, elle ne pouvait plus avaler que très difficilement. Elle a eu des frissons tous les soirs, suivis d'un redoublement fébrile. Le pouls bat 88 à 92 fois par minute.

Le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche est douloureux à la pression et dans les mouvements de la tête, comme dans le torticolis *a frigore*. Les amygdales sont volumineuses, rouges, douloureuses à la pression de la cuillère qui me sert d'abaisse-langue. Les piliers antérieurs du voile du palais participent à l'inflammation. Quelques mucosités épaisses d'un gris-jaunâtre adhèrent au pharynx. La peau du cou est assez souple, quoiqu'il existe un peu de dureté et de gonflement dans la région sus-hyoïdienne. Les régions parotidiennes sont engorgées et douloureuses, la droite plus que la gauche. La malade affirme qu'elle ne souffre au-devant des oreilles que depuis le matin et que le gonflement du cou a diminué en même temps. Sur ma demande, elle me dit que, la semaine précédente, deux de ses enfants ont eu les oreillons.

Gargarisme astringent, flanelle imbibée d'un liniment calmant sur les joues et autour du cou, tisane d'orge miellée en boisson, telle est ma prescription. Le lendemain, il y avait une amélioration notable dans l'état de la malade. Je n'en ai plus eu de nouvelles.

(A suivre.)

REVUE SPÉCIALE

Maladies des voies urinaires

DES URÉTÉRITES ET DE L'EXPLORATION DES URETÈRES, par le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 38, 39, 40 et 42.

Le *cathétérisme des uretères* est une manœuvre qui exige une connaissance exacte de la topographie de la région où l'on opère. Les données nécessaires en sont résumées clairement dans le travail déjà cité de Me Schultz. De cette partie anatomique, nous ne relèverons que les points sur lesquels ont insisté les auteurs qui se sont récemment occupés de cette question du cathétérisme.

Les deux angles postérieurs du triangle de Lieutaud sont, on le sait, traversés par l'embouchure des uretères; celle-ci occuperait le centre d'un mamelon plus ou moins saillant, irrégulièrement cylindrique et qui serait assez proéminent pour servir de point de repère. Ces orifices sont réunis par une bride rectiligne saillante, formée par un faisceau musculaire, connu sous le nom de *ligament inter-urétérique*, *bourrelet* ou *muscle des uretères*. Ce serait un guide précieux, d'après Pawlik.

Les distances qui séparent ces différents points de repère, en d'autres termes la longueur des côtés du triangle de Lieutaud, sont minutieusement relevées dans le travail de Me Schultz, d'après Hart, Warnook, Simon. Les chiffres donnés par ces auteurs sont très différents; aussi doit-on attacher à ces mensurations une médiocre importance. Quel parti peut-on tirer de la connaissance d'une ligne qui varie de 2 cent. 7 m/m. à 4 centimètres, de la hauteur d'un triangle qui est tantôt de 1, tantôt de 3 centimètres, etc.! Ajoutons que ces dimensions, variables d'un sujet à un autre, changent encore sur une même vessie, suivant qu'on l'examine pleine ou à moitié distendue.

Il en est de ces chiffres comme de ceux au moyen desquels on avait autrefois coutume de délimiter les différentes régions de l'urèthre. M. le professeur Guyon a fait voir que les seuls points de repère constants étaient ceux qui sont basés sur des données anatomiques. Un rétrécissement qu'on désignerait comme siégeant, par exemple, à 13 ou à 15 centimètres du méat, peut, suivant les sujets, occuper des régions anatomiques différentes. Si on dit, au contraire, qu'il siège à la région bulbaire, toute ambiguïté disparaît. Or les régions de la vessie échappent, plus encore que celles de l'urèthre, à une évaluation énoncée en chiffres.

Plus importante est l'exploration extra-vésicale de la région. Pawlik a bien étudié la topographie de la muqueuse vaginale antérieure. Ici encore, il cherche à établir les distances respectives du col utérin de l'orifice vésical de l'urèthre, de l'embouchure des uretères, etc., mais les résultats qu'il obtient sont absolument contradictoires et ne méritent pas d'être pris en considération.

Il n'en est pas de même de l'examen par la vue et le toucher de cette paroi vaginale. Pawlik, en plaçant la femme dans la position genu-pectorale, force l'utérus à s'enfoncer dans la cavité abdominale, et il détermine une certaine tension de la paroi antérieure sur laquelle il a relevé quelques détails intéressants.

D'arrière en avant, il signale un bourrelet allongé médian, plissé en travers, répondant au trajet intra-pariétal de l'urèthre; le bourrelet se termine au niveau de l'orifice vésical de l'urèthre. « A ce bourrelet succède une petite éminence triangulaire, plate, répondant au bas-fond de la vessie, au triangle de Lieutaud. Cette éminence est limitée par trois replis saillants dont l'un, à la base, est postérieur, transversal et situé en avant de la surface convexe qui répond au bas-fond de la vessie et au col utérin. Ce sillon est légèrement postérieur au ligament inter-urétérique et comme lui un peu convexe en avant; ses extrémités répondent aux embouchures urétériques. Les sillons latéraux convergent d'arrière en avant et se terminent un peu en arrière de l'extrémité du bourrelet uréthral en dessinant le sommet mousse du triangle ainsi constitué. » (Me Schultz.)

Ces saillies de la muqueuse vaginale sont variables suivant les sujets, mais elles se retrouvent chez toutes les femmes avec une constance assez grande pour mériter d'être prises en

considération, et cet espace pourrait être appelé *trigone extra vésical* ou *vaginal antérieur* de Pawlik.

Nous verrons plus tard l'importance qu'il faut accorder à ces divers points de repère; dès maintenant, nous pouvons dire que l'exploration externe de la vessie nous a semblé être un guide meilleur que les saillies et les dépressions de la muqueuse vésicale.

Voici les trois procédés différents dont les chirurgiens se sont servis jusqu'ici pour cathétériser l'uretère : Simon, qui a fait les premières tentatives, dilatait l'urèthre, allait reconnaître avec le doigt le ligament inter-urétérique et conduisait ainsi un cathéter spécial vers l'embouchure des uretères. Si l'extrémité de l'instrument s'y engage, celui-ci chemine facilement; en cas contraire, on est bientôt arrêté par la paroi postérieure de la vessie. Simon aurait réussi 15 fois sur 17 tentatives; par contre, Warnoots, qui a employé le procédé, n'a réussi que rarement et à grand'peine.

Le manuel opératoire qu'ont employé Grünfeld, puis Neumann, est déjà moins brutal, mais ne nous semble guère de nature à entrer dans la pratique. Neumann se sert d'un spéculum dilatateur de l'urèthre auquel il adapte une petite lampe électrique. A-t-il pu ainsi *voir* l'orifice de l'uretère? Nous nous contenterons de rappeler que, sur une vessie ouverte et étalée, ces orifices ne sont pas toujours facilement aperçus et que le secours d'un stylet est souvent nécessaire. De plus, on peut se faire une idée des difficultés qu'on doit rencontrer pour manœuvrer un cathéter à travers un urèthre déjà rempli par un autre instrument volumineux. Aussi Neumann a-t-il rapidement abandonné ces tentatives pour suivre une méthode qui se rapproche de celle de Pawlik. C'est cette dernière qu'il nous reste à décrire.

Pawlik s'est servi successivement de plusieurs instruments : d'abord d'une sonde métallique d'un numéro correspondant aux numéros 8 à 9 de la filière Charrière, droite, avec une extrémité légèrement recourbée et boutonnée; l'œil est au niveau de la partie moyenne de la courbure. Quelque temps après, Pawlik a employé une sonde double, c'est-à-dire une sonde de gomme contenue dans une autre sonde métallique qui lui sert de support et de conducteur. Le bout de la sonde molle déborde de quelques millimètres son enveloppe, tandis que son extrémité extérieure dépasse la sonde métallique, à l'intérieur de laquelle elle peut glisser ou être fixée au moyen d'un écrou qu'on serre à volonté. Pawlik a récemment garni le bout de la sonde molle d'une petite tête de métal qui rend plus certaines les recherches de l'embouchure urétérale. On comprend le maniement de l'instrument : l'appareil étant fixé par l'écrou, on recherche l'uretère; une fois qu'on l'a trouvé, on desserre l'écrou, et au moyen de petits mouvements de propulsion, on fait pénétrer la sonde de gomme dans l'uretère. La lumière de l'enveloppe métallique n'étant pas complètement remplie par la sonde molle, on peut recueillir isolément l'urine contenue dans la vessie et celle qui provient directement d'un des uretères.

L'instrument étant choisi, il importe de donner à la femme une position qui rende l'exploration facile. Les manœuvres sont faciles quand le sujet est dans la position genu-pectorale; mais celle-ci fatigue et effraie les malades, et la position de la taille doit être généralement préférée. Il faut avoir soin de faire reposer le haut du corps horizontalement et de fléchir fortement les cuisses sur le ventre et de relever le siège. Cette position rendra très saillante la paroi antérieure du vagin, qu'on découvrira avec une valve, telle qu'un spéculum de Simon ou de Sims. Les dimensions de celui-ci doivent être choisies avec soin; trop grand, il produirait une tension qui effacerait les plis et les saillies du vagin. S'il est trop petit, la cloison devient flasque et impropre aux recherches. La vessie aura été préalablement remplie d'un liquide antiseptique en quantité suffisante pour étaler la paroi, mais sans la distendre, pour éviter d'écarter l'un de l'autre les orifices urétériques. Me Schultz évalue à 200 grammes environ la quantité nécessaire; nous ne croyons pas que cette quantité puisse être fixée d'avance, car la capacité vésicale varie non seulement d'un sujet à un autre, mais suivant l'état d'irritabilité ou d'inflammation plus ou moins grande de l'organe. Il vaut mieux tracer des règles basées sur la physiologie et dire que l'injection vésicale devra s'arrêter au moment précis où la paroi vaginale antérieure entre en tension modérée et commence à bomber.

La sonde est introduite et poussée jusqu'à l'orifice interne de l'urèthre, puis on relève le pavillon pour que l'extrémité interne soit en contact avec la paroi vésico-vaginale et puisse être perçue par le toucher ou par la vue. Les points de repère étant reconnus, on dirige cette extrémité vers l'un des angles postérieurs du triangle de Lieutaud, et on doit rencontrer le bourrelet inter-urétérique. On incline alors légèrement la sonde, et par de petits mouvements de reptation, de glissements, d'abaissement et d'élévation, on essaie d'engager le bec dans l'orifice urétéral. Une sensation toute particulière vient seule avertir qu'on a réussi; la sonde chemine pour ainsi dire d'elle-même d'avant en arrière, tandis que les mouvements de latéralité sont très limités. Si on a passé à côté de l'orifice, l'instrument se meut librement et va bientôt buter contre la paroi postérieure de la vessie. De plus, lorsque la sonde est engagée, on ne tarde pas à voir sortir de l'urine en petite quantité et par saccades, intermittences qu'on n'observe pas pendant le cathétérisme vésical. On peut, pour plus de sûreté, injecter un liquide coloré dans la vessie; l'urine qui sortira incolore proviendra certainement de l'uretère. En retirant l'instrument, pour peu qu'on en abaisse le manche, on sent la cloison soulevée retomber brusquement; ce ressaut n'a rien de caractéristique, et un pli de la muqueuse soulevé par le bec de la sonde donnerait la même sensation.

La sonde une fois engagée peut remonter plus haut; des tentatives ont été faites, même avec des sondes métalliques; il faut, pour cela, diriger la sonde directement en dehors, en amenant le pavillon vers la cuisse opposée : le mouvement d'abaissement est gêné par l'urèthre qui le limite. Quoi qu'il en soit, si l'instrument continue son trajet, il rencontre la paroi latérale du bassin, le psoas, et certains chirurgiens sont parvenus jusqu'au bassinet. Pour obtenir ce résultat avec un instrument rectiligne rigide, il faut faire subir à l'uretère un écartement de 4 centim. 1/2 de la paroi abdominale. Cet écartement n'est possible que lorsque l'uretère est sain, de même que le tissu cellulaire qui l'environne. En tous cas, nous ne considérons pas ces essais comme inoffensifs, et de la fièvre, des douleurs abdominales, des péritonites partielles ont été signalées après ces manœuvres. D'ailleurs, la constatation de la présence d'un calcul qu'on recherche en agissant ainsi peut être obtenue avec un instrument souple à tête métallique sans s'exposer à des dangers aussi redoutables.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE L'ANGINE DE POITRINE, par le docteur GELINEAU

L'étude de la maladie connue sous le nom d'angine de poitrine, ou encore maladie de Rougnon-Heberden, du nom des premiers observateurs qui en donnèrent une description exacte, a fait naître un grand nombre de travaux dont la nomenclature remplirait à elle seule plusieurs pages. Ces documents étaient disséminés un peu partout et la littérature médicale manquait d'un travail d'ensemble sur ce sujet, l'un des plus intéressants de la pathologie, et dont M. Jaccoud a bien exprimé l'importance lorsqu'il dit que l'angine de poitrine « une des maladies les plus simples au point de vue clinique, est en même temps une des plus obscures, ou plutôt des plus obscurcies, au point de vue pathologique ». On comprendra par là que M. Gelineau ait rendu un service incontestable par la publication de ce volumineux Traité, où il a rassemblé tout ce qui était dispersé jusqu'à présent, et dans lequel toutes les questions relatives à l'Étiologie, à la Pathogénie, à l'étude des formes, etc., etc., sont exposées avec les développements qu'elles comportent et avec un luxe d'observations dont la réunion suppose, de la part de l'auteur, une somme de travail très considérable. A lui seul, le chapitre de l'Etiologie représente la moitié de ce volume de près de 600 pages, dont nous ne pouvons prétendre donner ici une analyse complète. Contentons-nous de dire que l'étude des causes est analysée avec un soin extrême. Nous serions même tenté d'adresser une critique à l'auteur qui, dans son désir de ne rien omettre des circonstances susceptibles de jouer un rôle dans le développement de l'Angor, a dû multiplier les subdivisions et s'arrêter ainsi à une classification peut-être entachée de subtilité. Entre telle et telle variété de la maladie, la distinction n'est pas toujours facile à justifier, et la notion de causalité ne repose elle-même souvent que sur une appréciation un peu arbitraire.

Il est toutefois une division d'ordre général, imposée pour ainsi dire par la clinique et fondée presque toute entière sur le pronostic, celle qui distingue l'angine de poitrine, ordinairement bénigne, de l'angine grave, de celle dont on meurt souvent dès le premier accès. Établie depuis longtemps par l'observation, cette division doit être maintenue dans la pratique, d'autant qu'elle se trouve précisément correspondre à deux conditions pathogéniques principales très différentes l'une de l'autre.

Dans la première, on ne relève pas de lésion anatomique propre; il n'y a pas d'altération appréciable du cœur et des gros vaisseaux. L'étude des faits qui se rattachent à cette première classe a fourni matière, dans ces derniers temps, à des recherches d'un grand intérêt. Tels sont les faits recueillis par M. Potain concernant l'influence des troubles digestifs et de certaines variétés de dyspepsie sur la production de troubles tout à fait analogues à ceux de l'angine de poitrine : C'est en quelque sorte l'ébauche d'un chapitre de pathologie à peine entamé, mais déjà plein de promesses pour l'avenir. Dans cette catégorie, on peut encore placer les cas d'Angor d'origine purement nerveuse ou névropathique : ceux-là sont nombreux, et l'on peut en rapprocher ce singulier syndrôme, connu sous le nom de goître exophthalmique ou maladie de Basedow, dont le cadre nosologique s'est singulièrement accru dans ces dernières années et qui prédispose à l'apparition des phénomènes nerveux multiples parmi lesquels l'angine de poitrine a été rencontrée plusieurs fois. Il y a là une coïncidence bien faite pour démontrer la nature purement nerveuse du syndrôme de Basedow. Enfin, toute la série des angines de cause diathésique (arthritisme, goutte) on d'origine toxique. Contentons-nous de dire, pour ne pas dépasser les limites de cette courte analyse, que cette partie du livre de M. Gelineau abonde en faits et en observations, semés là avec une prodigalité qui en fait une mine précieuse de documents à consulter.

Le chapitre où l'étiologie présentait certainement le plus d'intérêt est celui qui se rapporte aux faits du deuxième groupe, c'est-à-dire à ces cas où la maladie est associée à des lésions cardiaques et artérielles, généralement absentes dans ceux de la première catégorie. On sait les discussions auxquelles a donné lieu l'interprétation de la valeur de ces altérations et de leur rôle dans le mécanisme de la production des accès. Entre la théorie qui invoque l'ischémie des parois du cœur, avec ou sans oblitération des artères coronaires, et celle de l'irritation du plexus cardiaque, il est difficile de se prononcer actuellement en connaissance de cause. Toutefois, il semble que les faits assez nombreux recueillis dans ces derniers temps, avec critérium anatomique à l'appui, rendent plus vraisemblable l'hypothèse de l'ischémie cardiaque, la doctrine de l'inflammation du plexus cardiaque restant applicable à un petit nombre de cas. Telle est du moins la conclusion à laquelle M. Gelineau semble se rallier, et c'est également celle qu'a adopté un observateur consciencieux, M. le docteur Liégeois (de Bainville-aux-Saules), qui a traité cette question avec talent dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine.

Si l'étude des causes laisse encore bien des obscurités à résoudre, du moins la clinique nous offre, en ce qui concerne le pronostic, plus d'un enseignement encourageant. Aujourd'hui, l'angine de poitrine ne mérite plus le jugement que les anciens portaient sur elle, ce n'est plus fatalement la maladie dont on meurt, vérité consolante et qui, ainsi que le dit M. Gelineau, ne s'accorde plus avec ce nihilisme thérapeutique si longtemps à l'ordre du jour. Il a été fait beaucoup dans ces dernières années pour la thérapeutique de cette maladie; de nombreux médicaments ont été expérimentés, dont quelques-uns resteront comme des acquisitions définitives. Mais, à côté des remèdes proprement dits, dont les indications sont nettement posées, il y a une véritable médication morale à pratiquer vis-à-vis des malades qui, par la nature et la gravité de leurs accès, semblent condamnés à succomber prochainement.

On saura gré à l'auteur du livre d'avoir longuement insisté sur ce dernier point et d'avoir cherché à montrer, à côté du rôle joué dans le développement de l'Angor par les agitations factices de la vie moderne et par les excès de toute sorte, l'utilité du repos et de l'hygiène morale considérés comme moyens adjuvants de guérison.

Dr P. M.

NOTES & INFORMATIONS

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Vendredi dernier, 15 octobre, devait avoir lieu la première épreuve du Concours de l'Internat en médecine. Au moment où les Membres du Jury pénétrèrent dans le Grand-Amphithéâtre de l'Avenue Victoria, des clameurs s'élevèrent des bancs occupés par le public, si bien nourries et soutenues, que les juges impatientés quittèrent la salle du Concours.

La Direction de l'Assistance publique fit alors afficher l'avis suivant :

« La séance d'ouverture du Concours de l'Internat en médecine est remise à lundi prochain, 17 octobre, à midi.

Ne seront admis dans l'Amphithéâtre que les candidats régulièrement inscrits au Concours et munis de leurs cartes d'externes.

Les portes ouvriront à onze heures. »

Ce jour-là, tout s'est passé en bon ordre. Et c'est dans le plus religieux silence que le Président donna lecture du texte de la question.

Elle était ainsi conçue : « *Veines jugulaires. Erysipèle de la face.* »

La manifestation de l'avant-veille avait été provoquée par le fait suivant : On sait que les *internes provisoires* qui ont 28 ans révolus (limite d'âge fixée par les règlements), sont néanmoins admis à prendre part au Concours. C'est là une tradition tous les ans entretenue.

Cette année-ci, on refusa d'inscrire quelques-uns des candidats ayant dépassé la limite. Réclamation des intéressés, intervention du Ministre qui lève l'interdit : *inde iræ*. Cette dernière mesure, approuvée par les uns, honnie par les autres, fut l'origine principale des protestations et contre-protestations bruyantes du premier jour.

— LA STATUE DE BROCA A SAINTE-FOIX. — Le Comité chargé de faire élever une statue à Paul Broca à Sainte-Foix, vient de décider que cette statue serait en bronze et non en zinc, comme on en avait d'abord eu l'intention.

Cette décision a été prise à la suite d'une entente avec la Société d'anthropologie qui a mis gracieusement à la disposition du Comité le moule de la statue qu'elle vient de faire élever à Paris. Malheureusement le bronze coûte plus cher que le zinc et les ressources du Comité se trouvent insuffisantes. Il suffira de mettre une dernière fois à contribution la bonne volonté des nombreux amis et admirateurs du savant anthropologiste pour que cette difficulté soit vite levée (JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX).

— VACCINATIONS ANTIRABIQUES. — Le professeur Cienkovski vient de faire de nombreuses et heureuses vaccinations de charbon sur 2,538 agneaux, 278 brebis, des veaux et des chevaux, sans que la mortalité dépasse 2 0/0 ; il a remarqué que le virus fort préserve mieux les animaux des inoculations charbonneuses ultérieures que le vaccin faible. Les dernières vaccinations furent pratiquées avec du virus recueilli en 1885. Ses expériences sont en parfait accord avec celles de Pasteur.

— EGYPTE. — Après la mort du regretté Thuillier, les Français d'Egypte, secondés par tous les habitants du pays, ouvrirent une souscription publique pour élever un monument à la mémoire du jeune savant, mort victime de son dévouement à la science et à l'humanité.

Le sculpteur chargé de faire le buste de Thuillier vient d'achever son œuvre, qui partira prochainement de Paris.

Le monument de Thuillier sera érigé dans le jardin du consulat de France, à Alexandrie.

R. F. D.

NOUVELLES

NOMINATION DANS LA LÉGION D'HONNEUR. — Au grade de chevalier : Mme Vignal (Julie), en religion sœur Julie, de l'ordre des religieuses de Saint-Vincent-de-Paul ; chargée, depuis 23 ans, du service des salles militaires de l'hospice de Châteaudun.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le corps de santé militaire (armée active) :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Lévy, désigné pour l'emploi de médecin chef de la place de Verdun.

Au grade de médecin principal de deuxième classe ; M. Blin, désigné pour l'hôpital militaire de Nancy.

Au grade de médecin-major de première classe : M. Pilet, maintenu au 119e régiment d'infanterie ; M. Sanzède, maintenu au 93e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Durand, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Lemoine, désigné pour le 109e régiment d'infanterie ; Dupret, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

ARMÉE TERRITORIALE. — *Promotions.* — Au grade de médecin-major de 1re classe : (18e corps d'armée) : MM. Chavanon et Bandrimont, médecins-majors de 2e classe.

Au grade de médecin-major de 2e classe : (Gouvernement militaire de Paris) : MM. Fabre, Maury, Morisson, Capitan, Barthélemy et Sapelier.—(2e corps d'armée) : MM. Froment, Mascarène de Rayssac, Belin, Pasteau, Lefèvre, Castex, Guinard, Dhourdin et Morel.—(3e corps d'armée) : MM. Stapfer, Dehenne et Petitcler.—(8e corps d'armée) : M. Valat.—(18e corps d'armée) : MM. Planteau, Cuq, Guément, Maisonnave, Chambrelent et Moussons.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Villemin, médecin aide-major de 1re classe de l'armée active, démissionnaire. — (2e corps d'armée) : M. Aguilhon.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Daviller, Pezet, Mossé, Maurice, Louis, Baumel, Lecompte, Riboulot, Oden, Puechagut, Olive, Lallemant, Cuillemin et Burgun.

— En raison des mutations qui viennent d'être autorisées parmi les professeurs de l'Ecole de médecine navale de Brest, le concours annoncé pour le lundi 14 octobre courant s'ouvrira dans ce port pour l'emploi de professeur d'hygiène et de médecine légale.

— La liste d'embarquement des officiers du corps de santé a été ainsi établie au 15 octobre :

Médecins en chef. — MM. 1 Doué, 2 Moisson, 3 Leconte.

Médecins principaux. — MM. 1 Doué, 2 Pougny, 3 Perlié, 4 Jobet, 5 Beaumanoir, 6 Gardies, 7 Cassien, 8 Martinenq, 9 Ardouin, 10 Manson, 11 Laugier, 12 Dhoste, 13 Deschiens, 14 Ely, 15 Baquié.

Médecins de première classe. — MM. 1 F. Néis, 2, Le Jollec, 3 Négadelle, 4 Canoville, 5 Serès, 6 Brindejonc de Tréglodé, 7 Ségard, 8 Auvray, 9 Arami, 10 Jeaugeon, 11 Infernet, 12 Ortal, 13 Dupouy, 14 de Lessard, 15 Keisser, 16 Machenaud, 17 Lemarchand, 18 Rémond, 19 Barrême.

20 Jabin-Dudognon, 21 Riche, 22 Guiol, 23 Deschamps, 24 Guérard de la Quesnerie, 25 Nivard, 26 E. Roux, 27 Gazeau, 28 Maurin, 29 Bohan, 30 Grall, 31 Gueit, 32 Danguillecourt, 33 Trabaud, 34 Mortreuil, 35 Géraud, 36 Léo, 37 Rangé, 38 Saffre, 39 L. Alix, 40 Clavel, 41 Gentilhomme, 42 Magnon-Pujo, 43 Barre, 44 Alessandri, 45 Joubin, 46 Pallardy, 47 Brou-Duclaud, 49 Barrallier, 49 Pagès, 50 L'Helgouach, 51 Mourson, 52 Desmoulins, 53 Kuenemann.

Médecins de 2e classe, docteurs. — MM. 1 Daliot, 2 Henry, 3 Rousseau, 4 G.-V. Roux, 5 Rabère.

Médecins des troupes.—MM. les médecins principaux : 1 Clavier, 2 Lasse.

MM. les médecins de 1re classe : 1 Sollaud, 2 Brédiam, 3 Miquel.

MM. les médecins de 2e classe, docteurs : 1 Morel, 2 Suard, 3 Pindray, 4 André-Duvigneau, 5 Pons.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

51. M. Piot. De la méthode de la conservation appliquée au

traitement des plaies de l'épaule par armes à feu. — 52. M. Besnard. De l'hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne.—53. M. Gargam. Calculs des uretères. — 54. M. Trégnier Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale.—55. M. Merveilleux. Considérations sur l'hygiène des troupes à la Guadeloupe.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 9 AU SAMEDI 15 OCTOBRE 1887

Fièvre typhoïde 21.—Variole 5.—Rougeole 6. — Scarlatine 5. — Coqueluche 8.— Dipthérie, croup, 18.— Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 182.— Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 39. — Autres 5. — Méningite 23. — Congestion et hémorr. cérébr. 57. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 11.—Maladies organiques du cœur 50.—Bronchite aiguë 14. — Bronchite chronique 33. — Broncho-pneumonie 16.— Pneumonie 31. — Gastro-entérite : Sein 19. — Biberon 31. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 19. — Suicides 12. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de mort 72. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 847 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins, par le docteur Robson Roose, membre du Collège royal de médecine d'Edimbourg, ouvrage traduit d'après la troisième édition anglaise, par le docteur Lucien Deniau. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Précis d'anthropologie, par Abel Hovelacque, professeur à l'Ecole d'anthropologie et Georges Hervé, docteur en médecine, professeur adjoint à l'Ecole d'anthropologie, avec 20 figures intercalées dans le texte. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale. — Cou. — Membre supérieur. — Poitrine. Un volume in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE CONTEMPORAINE.

La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par les docteurs F. Bourru et P. Burot, professeurs à l'Ecole de médecine de Rochefort. Un volume in-16 de 311 pages, avec figures. — Prix : 3 fr. 50.—Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue physiologique, par Alexandre Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. Un volume in-16 de 312 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



58e année. 7e série. Tome IV. | N° 44 | 29 OCTOBRE 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

DU TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES PAR L'ELECTROLYSE, par P. REDARD, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine. (Communication au Congrès médical de Washington, septembre 1887.)

Un nombre considérable de méthodes ont été proposées pour le traitement des tumeurs érectiles et cirsoïdes. Après avoir expérimenté les différents procédés thérapeutiques recommandés, nous demeurons convaincus que l'*Electrolyse* est la méthode de choix qui présente sur ses concurrentes une supériorité incontestable.

Si l'on cherche cependant des observations sur ce sujet, on voit que depuis 1862, époque à laquelle Ciniselli de Crémone publia sa première observation de guérison de tumeur érectile par l'électrolyse, très peu d'opérateurs ont eu recours à ce puissant procédé.

Quelques spécialistes électriciens ont toujours recours à l'électrolyse ; la majorité des chirurgiens se sert de procédés variés, quelquefois inefficaces et dangereux.

Les causes de l'abandon de l'électrolyse étaient multiples : la méthode paraissait compliquée ; les appareils électriques étaient imparfaits, d'un prix élevé ; les galvanomètres d'intensité ne permettaient pas d'apprécier exactement les courants. On accusait l'électrolyse d'être un traitement très long, très douloureux, produisant des accidents tels que des eschares, des cicatrices vicieuses, des suppurations prolongées.

Les auteurs n'étaient pas fixés sur la *pratique* de l'opération, et, à l'exemple de Ciniselli, agissaient d'une façon empirique, plongeant tantôt deux aiguilles sous la tumeur, tantôt une seule, se servant de courants trop faibles ou trop forts, produisant de véritables destructions des tumeurs au lieu de décomposition des tissus avec atrophie vasculaire.

Le but de cette communication est de démontrer que l'électrolyse devient, grâce *à une technique opératoire* régulière, la méthode de choix dans le traitement des tumeurs érectiles. Nous voulons démontrer que l'électrolyse donne des guérisons rapides sans accidents, et surtout qu'elle est *pratique*, que *tous* les médecins peuvent l'exécuter avec facilité et sûreté.

Nous nous sommes servis, dans 30 cas, de l'électrolyse pour le traitement de tumeurs érectiles, soit dans notre service du Dispensaire Furtado-Heine, soit dans notre clientèle. Le résumé de ces observations, que nous présentons au Congrès, indique les excellents résultats obtenus principalement pour les tumeurs siégeant aux lèvres et sur la face. Parmi ces observations se trouvent quelques cas de tumeurs cirsoïdes que l'électrolyse a rapidement et sûrement guéries.

Nous signalerons particulièrement l'observation de tumeur érectile très volumineuse de la face interne de la joue observée chez un jeune enfant, et qui, traitée sans résultat par d'autres méthodes, a guéri en six séances d'électrolyse.

Nous présentons aussi les observations, avec photographies, de notre confrère et ami, le docteur Dubois de Jonzac qui, ayant vu à notre hôpital notre traitement des tumeurs érectiles, adopta l'électrolyse et en a obtenu de très bons résultats.

L'appareil instrumental nécessaire pour l'électrolyse est très simple : une pile à courants continus fonctionnant régulièrement, celles de Gaiffe ou de Chardin ; un galvanomètre d'intensité bien gradué ; des aiguilles en or ou en platine d'un demi millimètre de diamètre et de 8 à 10 centimètres de longueur.

Les aiguilles dont nous nous servons, et qui ont été construites par M. Chardin, sont aiguës, pénètrent facilement dans les tissus, néanmoins résistantes et ne pouvant se rompre qu'à moins de violence extrême.

L'enfant opéré doit être soigneusement immobilisé. Dans la plupart des cas, nous ne nous servons pas de chloroforme, l'opération durant quelques minutes et étant peu douloureuse.

Trois procédés peuvent être employés pour l'introduction des aiguilles :

1° A l'exemple de Ciniselli et de la plupart des auteurs, les deux aiguilles sont introduites dans la tumeur, à peu de distance l'une de l'autre (Ciniselli, Bœckel, Lincoln, Knott, Duncan, Delore, Voltolini) ;

2° L'aiguille *positive* seule est placée dans la tumeur ; l'autre pôle, sous forme de plaque, fixé sur un point quelconque du corps (Monoyer, H. Pitoy) ;

3° L'aiguille *négative* seule est placée dans la tumeur (Athaus).

Le choix du procédé d'introduction des aiguilles a une influence considérable sur le résultat opératoire, et nous désirons insister sur cette partie de notre Communication.

Une connaissance plus parfaite des actions électrolytiques nous permet d'apprécier exactement aujourd'hui l'action produite par les aiguilles de nos appareils sur les tissus vasculaires. Nous savons qu'au pôle positif se produit une action chimique intense ; que des caillots durs, résistants, adhérents aux parois, se forment dans les vaisseaux et les oblitèrent ; les tissus se rétractent et se décomposent, la peau est res-

pectée ; il n'y a pas d'eschares. Au pôle négatif, au contraire, les tissus sont cautérisés, détruits, et il y a une eschare consécutive. Les caillots sont diffluents et mous.

D'après cela, il est facile de comprendre les avantages et inconvénients suivant que l'on plonge une [ou deux aiguilles dans une tumeur érectile.

Au début, nous nous servions de deux aiguilles placées dans la tumeur. Les résultats étaient satisfaisants, mais nous avions souvent quelques gouttes de sang au niveau des piqûres faites par l'aiguille négative et des eschares avec cicatrices consécutives.

Dans ce procédé, l'aiguille négative doit être plus souvent changée de place que l'aiguille positive, sous peine de voir se produire une eschare importante avec destruction de la peau et souvent suppuration.

Ces eschares ne peuvent être évitées, et l'emploi d'aiguilles spéciales permettant l'isolement au niveau de la peau ne nous a jamais donné de bons résultats. Les cicatrices sont quelquefois lisses, peu importantes, mais cependant apparentes.

Par cette méthode, la tumeur est détruite avec les aiguilles + et — qui agissent de façon différente. L'aiguille + produit une désagrégation des tissus avec rétraction et oblitération vasculaire ; l'aiguille — une cautérisation et destruction analogues à celle du galvano-cautère ou du thermocautère. On n'agit pas à ce niveau par l'électrolyse, mais par la galvano-caustique thermique. Ce qui prouve l'exactitude du fait, c'est que le thermomètre placé au niveau de l'aiguille négative, éloigné de l'aiguille positive, nous a toujours donné, au moment du passage du courant, une notable élévation de température.

Les inconvénients de l'introduction des deux aiguilles dans la tumeur érectile doivent faire rejeter ce procédé dans la plupart des cas, surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs érectiles de la face, où les cicatrices doivent être soigneusement évitées. Ce procédé peut être exceptionnellement employé pour de volumineuses tumeurs, lorsque l'on désire avoir une rétraction rapide des tissus, à la suite de l'élimination des eschares.

La piqûre au moyen d'*aiguilles positives* nous paraît surtout devoir être recommandée ; le pôle négatif sous forme de plaque doit être fixé aussi près que possible de la tumeur, quelquefois à la partie supérieure du bras.

L'aiguille doit être plongée obliquement à la périphérie ; nous recommandons de plonger quatre aiguilles positives à la fois, reliées par de courts fils au fil principal. Grâce à cette disposition que nous avons indiquée à M. Chardin, on obtient une action simultanée et rapide en plusieurs points de la tumeur. Les aiguilles doivent être laissées en place deux à quatre minutes et réappliquées ensuite en des points différents. La tumeur doit toujours être attaquée par sa périphérie.

Le courant le plus généralement employé dans nos observations a été de 10 à 20 milliampères, le plus souvent 15 à 18.

Au début de nos recherches, nous avions presque toujours un écoulement sanguin au moment où nous retirions notre aiguille. Le caillot adhérait en effet à l'aiguille positive ; une partie de ce caillot déplacé, arraché, permettait au sang de la tumeur de se faire jour par la piqûre extérieure.

Plus tard, nous avons pu éviter *sûrement* toute hémorrhagie. Il suffit, en effet, avant de retirer l'aiguille, de renverser le courant pendant quelques secondes et de ramener à zéro. *L'aiguille ne doit être enlevée que lorsqu'on n'éprouve plus aucune résistance.*

Les séances d'électrolyse peuvent être rapprochées et faites tous les six à huit jours.

Le temps nécessaire pour la guérison complète varie suivant l'étendue de la tumeur : dans des cas où la tumeur avait le volume d'un petit œuf, quatre à six séances ont suffi. Les petits nœvi vasculaires sont guéris en une ou deux séances.

Dès la première séance, surtout si l'on emploie quatre aiguilles positives à la fois, la tumeur blanchit, durcit très notablement ; sa circulation diminue, et à la seconde séance les modifications sont déjà très importantes.

La peau de la tumeur conserve son apparence à peu près normale ; dans les tumeurs érectiles de la face, il n'y a pas de cicatrice consécutive, à peine une légère tache blanche au niveau des piqûres.

La douleur notée au moment du passage du courant est parfaitement supportable. Dans les cas de *tumeurs cirsoïdes*, lorsque des vaisseaux animés de battements s'observent à la périphérie de la tumeur, on doit plonger l'aiguille dans ces vaisseaux, obliquement et dans le sens de leur axe, puis la laisser en place trois à six minutes. Si l'application est bien faite au moment du retrait de l'aiguille, il n'y a qu'un écoulement sanguin insignifiant.

Avec des courants modérés, on évite les inconvénients du courant traversant une partie saine du corps. Il faut éviter surtout, si l'on opère au voisinage du crâne, de dépasser 25 à 30 milliampères. Avec le procédé de piqûre avec deux aiguilles + et —, ces chiffres peuvent être très notablement dépassés. On doit, dans tous les cas, diminuer progressivement l'intensité du courant et *éviter toute secousse*. La durée des séances ne doit jamais dépasser cinq à huit minutes.

Nous recommandons enfin de désinfecter avec grand soin les aiguilles devant servir aux opérations d'électrolyse. Il suffit de les flamber ou de les laver soigneusement avec de l'éther pendant deux à trois minutes, ou mieux les soumettre pendant quelques secondes à l'action de la vapeur à 110°.

Comme conclusion générale, nous dirons :

L'électrolyse est la méthode de choix dans le traitement des tumeurs érectiles et cirsoïdes. Elle réussit toujours là où d'autres méthodes échouent.

Elle met à l'abri, grâce à une technique opératoire régulière, de tout accident d'eschare, de suppuration, etc.

Elle agit avec sûreté et précision. La piqûre avec l'aiguille positive seule doit être recommandée dans la majorité des cas.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTES SUR TROIS ÉPIDÉMIES D'OREILLONS, OBSERVÉES A COMMENTRY (1875, 1881, 1887), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite. — Voir le numéro précédent.

Thomas Laghi, dans sa relation de l'Épidémie d'oreillons qui sévit à Bologne en 1753 ; Robert Hamilton, dans sa relation des Deux Épidémies survenues en Ecosse en 1758 et 1761 ; Le Pecq de la Clôture, en Normandie, vers la fin du dernier siècle (1778) ; Mangor, à Copenhague (1772) et plusieurs autres auteurs, ont mentionné que, dans les oreillons, il se pouvait faire

que les glandes sous-maxillaires, et même les sub-linguales, participassent quelquefois à l'engorgement fluxionnaire des parotides. Mais personne, que je sache, n'avait rapporté d'exemple de fluxion épidémique localisée aux glandes sous-maxillaires, ou seulement d'oreillons ayant débuté bien nettement par l'engorgement de ces glandes.

Des quatre observations qui viennent d'être rapportées, deux, la première et la troisième, présentent un cas de fluxion isolée des glandes sous-maxillaires, fluxion qui m'a paru liée à l'épidémie d'oreillons régnante. Les caractères de l'engorgement, la brusquerie de son apparition, sa formation si rapide, sa disparition tout aussi subite, sans laisser de traces, l'élément fébrile concomitant et, par-dessus tout, l'influence épidémique, autorisent suffisamment, à mon sens, l'opinion que j'émets.

Les deux autres observations, la deuxième et la quatrième, serviraient à confirmer mon hypothèse. Car, ici, la fluxion primitivement bornée aux glandes sous-maxillaires, a fini par s'étendre aux glandes parotides, cette succession de symptômes révélant la nature de l'engorgement primitif des sous-maxillaires.

Faut-il maintenant expliquer par la violence de l'inflammation la localisation de l'engorgement dans les deux premiers cas ! Je ne m'y hasarderai pas. Il me suffira peut-être de faire observer que toutes les fois qu'on se trouvera sous l'influence d'une épidémie d'oreillons, il sera bon de se tenir en garde contre un diagnostic trop précipité d'abcès de la région sous-maxillaire. Et cependant les oreillons aboutissant quelquefois, quoique très rarement, à une parotidite suppurée, il eut donc été possible que la fluxion analogue aux oreillons dont les glandes sous-maxillaires ont été le siège dans nos observations, aboutit aussi à l'inflammation de ces glandes. Et alors tout médecin eut été fondé à diagnostiquer un abcès, sans se douter que cet abcès aurait eu pour cause originelle l'épidémie d'oreillons.

De cette même épidémie, je vais citer trois autres courtes observations qui se rapprochent de mon sujet. Mais, dans ces cas, la fluxion des glandes sous-maxillaires a coïncidé avec les oreillons au lieu de les avoir précédés.

Obs. V. — Le 17 août, Mlle Marie M... m'était amenée par sa mère, qui redoutait beaucoup pour sa fille un abcès du cou. Agée de seize ans, non encore réglée, scrofuleuse, cette jeune fille avait vu depuis deux jours son cou enfler. Je constatai un peu d'angine érythémateuse. Il existait en même temps un vaste engorgement en collier. Et si la rougeur et l'œdème étaient plus vifs dans la région sous-maxillaire, la douleur des parotides, jointe à l'idée d'épidémie, me firent annoncer une guérison rapide, sans suppuration. L'événement confirma ce pronostic.

Obs. VI. — La fillette de Victor B..., ouvrier mineur, âgée de quatre ans, eut, le lendemain de l'apparition d'un oreillon double, la région sous-maxillaire tellement enflée, que je craignis plusieurs jours qu'un abcès ne vint compliquer la situation.

Obs. VII. — Enfin Marguerite L..., âgée de sept ans, fillette scrofuleuse et toujours maladive, a eu, à la suite d'un oreillon qui était resté localisé du côté gauche, une adénite sous-maxillaire qui a mis plusieurs semaines à se résoudre.

En médecine, il n'y a pas de petits faits. Quelque peu importantes que paraissent être, en apparence et quant au pronostic habituel, certaines affections, elles peuvent, mieux étudiées et bien éclaircies, jeter sur quelques points de pathologie générale des faisceaux de lumière. Cette lumière peut rejaillir sur des affections voisines ou analogues par leur mode de développement. En sorte que l'étude de maladies réputées légères et qui passent presque inaperçues acquiert par là une importance dogmatique qu'elle ne paraissait pas avoir au premier abord.

Considérés comme une maladie guérissant pour ainsi dire d'elle-même, on s'est occupé surtout, dans les oreillons, de ce qu'ils présentent de plus singulier, de leurs métastases, sans voir plus haut ni plus loin, et sans rechercher quelle pouvait être la nature intime et la pathogénie de cette remarquable affection.

Et cependant c'est une maladie quelquefois mortelle; un grand nombre de cas ont été cités par les anciens observateurs, depuis Hippocrate, qui eurent une terminaison fatale, due soit à la violence des phénomènes fébriles, soit à une prétendue *métastase cérébrale*. D'autres cas, compliqués d'anasarque et de convulsions, et également suivis de mort, ont été attribués après coup à une scarlatine méconnue, par des observateurs de cabinet qui se sont appuyés sur la présence d'une angine pour accuser de méprise les vieux praticiens. Comme si les symptômes différentiels de la scarlatine et des oreillons étaient si peu nets que la confusion fût facile ou même possible en plein dix-huitième siècle (1)!

En février 1875, cependant, un professeur du Val-de-Grâce, le docteur Léon Colin, entretenait encore la Société médical des hôpitaux de Paris d'un cas d'urémie suivi de mort, survenu chez un jeune soldat de la garde républicaine, âgé de 24 ans, dans le cours d'oreillons avec métastase sur les testicules.

Les oreillons ne sont donc pas toujours une affection bénigne. Et il suffit que plusieurs de leurs complications ou de leurs manifestations puissent être méconnues pour que les recherches vers la nature de cette maladie aient leur importance.

Considérée par tous comme épidémique, beaucoup contestent encore son caractère contagieux. En revanche, d'autres, plus zélés, veulent assimiler cette maladie fluxionnaire aux fièvres éruptives.

Mais où est l'éruption?

Une maladie contagieuse a-t-elle d'ailleurs nécessairement besoin, pour être affirmée contagieuse, d'une manifestation cutanée?

Qu'il me soit permis de poser ces problèmes; à d'autres reviendra l'honneur de les résoudre.

C'est ainsi que je m'exprimais au mois d'octobre 1875; et, au mois de mars suivant, c'est-à-dire près de six mois après avoir communiqué à la Société de Gannat mon premier mémoire, j'eus l'occasion d'observer un nouveau cas, dans lequel l'engorgement débuta par les glandes sous-maxillaires avant de s'étendre aux glandes parotides. Voici la relation de ce fait :

Obs. VIII (2). — Le 24 mars 1876, pendant la période de déclin

(1) Joseph Frank s'appuie, pour expliquer la confusion de ces deux maladies, sur ce fait : Que les oreillons ayant été dénommés par certains auteurs angine parotidienne; comme, d'autre part, il existe de l'angine dans la scarlatine, l'erreur a été toute naturelle (V. tome V, pages 35 et 36, traduction de Bayle).

(2) Cette observation a été communiquée à M. le docteur Machado, qui s'en est servi dans sa thèse sur les Oreillons sous-maxillaires. — Paris, 1880.

de l'épidémie d'oreillons, on m'apporte à ma consultation la fillette de S... (Pierre), ouvrier mineur, domicilié dans un hameau des environs de Commentry. Agée de treize mois, non sevrée, cette enfant n'a que six incisives complètement sorties, et sa mère m'annonce que sa fillette a un abcès du cou; elle ne s'en est aperçue que la veille. La région sus-hyoïdienne tout entière est engorgée; la peau est rouge, tendue, luisante; la pression du doigt n'y laisse pas cependant de trace persistante. L'enfant tient sa tête dans l'extension la plus absolue.

Le cuir chevelu est propre, bien net, sans la moindre croûte. L'enfant crie beaucoup lorsque je palpe la région tuméfiée. Il n'y a pas de fluctuation. L'enfant a eu de la fièvre depuis la veille au soir. Je prends la température au pli de l'aine en maintenant dans la flexion forcée la cuisse de l'enfant. Le thermomètre ne dépasse pas 38°,1.

L'arrière-gorge présente une légère rougeur diffuse; les amygdales ne me paraissent pas augmentées de volume. La déglutition se fait assez bien. Les gencives ne sont pas enflammées.

Prévenu par les cas que j'avais observés quelques mois avant d'engorgement des glandes sous-maxillaires lié aux oreillons et ayant simulé un abcès en voie de formation, je demande si cette enfant n'a pas eu dernièrement les oreillons; la mère me répond négativement, ajoutant toutefois qu'elle a un petit garçon de quatre ans qui les a eu au commencement du mois de mars.

Je me contentai de prescrire l'application de fomentations tièdes et émollientes sur la région antérieure du cou, quelques frictions avec du baume Tranquille, et je dis à cette femme de me rapporter sa fillette le surlendemain.

26 mars.—Le gonflement s'était étendu depuis la veille au soir jusqu'aux régions parotidiennes des deux côtés; la tuméfaction monte un peu plus haut du côté gauche que du côté droit. La fièvre aurait augmenté hier au soir. La température inguinale, prise à dix heures du matin, s'élève à 38°,3.

La tension de la peau semble un peu moindre que l'avant-veille dans la région sous-maxillaire. La surface est toujours d'un rouge foncé luisant. Je ne constate pas plus de fluctuation que lors de mon premier examen. Je conseille l'application d'une pommade à l'iodure de plomb (2 grammes pour 40 grammes d'axonge), surtout pour satisfaire la mère qui redoute toujours un abcès du cou et les cicatrices consécutives dont elle a vu souvent les traces difformes.

29 mars. — L'induration et le gonflement sont diminués considérablement, tant au cou qu'aux régions parotidiennes. La femme S... veut bien attribuer à ma pommade ce résultat, dont elle est toute heureuse. L'enfant, depuis deux jours, semble prendre le sein avec plus de plaisir; elle a recouvré sa gaieté. La température inguinale ne dépasse pas 37°,4.

Une dizaine de jours après, j'ai pu constater que la pommade avait parachevé l'œuvre commencée; il ne restait plus la moindre trace d'engorgement.

L'épidémie avait atteint quinze jours avant le frère aîné de cette enfant; de plus, l'apparition de la fluxion œdémateuse simulant un abcès en voie de formation avait été bien subite. Le troisième jour, la fluxion, en s'étendant aux régions parotidiennes, venait en quelque sorte confirmer mon diagnostic. Enfin, la disparition de tout l'appareil fébrile et fluxionnaire a été si complète et si rapide que le génie épidémique me paraît à bon droit pouvoir être seul mis en cause dans la pathogénie et dans l'évolution de ces symptômes morbides.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

A PROPOS DES « VOLEUSES HONNÊTES ».

Mon cher directeur,

Collaborateur intermittent, mais lecteur assidu de la GAZETTE MÉDICALE, je vous demande l'hospitalité pour répondre à « l'Ebauche médico-légale » que vous venez de publier sous la signature de mon collègue et ami M. Letulle. Les « Voleuses honnêtes » m'ont fort intrigué, je dirais même intéressé, mais ma conviction n'a pas été ébranlée, et comme j'imagine que quelques-uns de vos lecteurs partageront mes doutes, je demande à reprendre aujourd'hui la plume du rédacteur.

Tout d'abord, il m'avait paru que Letulle n'avait fait que paraphraser le « vol aux étalages » de mon si cher maître Lasègue, mais à la « relecture » j'ai senti mon erreur. Les kleptomanes de Lasègue étaient peu ou prou — surtout prou — des « cérébraux » et comme tels leur responsabilité singulièrement diminuée, sinon nulle ; les kleptomanes de Letulle sont bien différents, car, dit-il, « il n'y a plus de malade » au sens strict du mot, l'auteur du méfait est « parfaitement sain de corps et d'esprit » ; et cependant, ajoute-t-il plus loin, « je voudrais convaincre le lecteur que cette honnête femme qui vient de voler a cédé à une *impulsion involontaire*, qu'elle a commis une action délirante, passagère, quoique irrésistible ; en un mot, un vol *à peu près inconscient* dont *elle est pour ainsi dire irresponsable*. »

En vérité, il me semble y avoir une contradiction si flagrante dans l'énoncé de ces termes qu'il est nécessaire de les opposer, ce n'est point un simple jeu de polémiste, mais un devoir médical à mon sens. Ainsi donc voilà une femme que vous déclarez saine de corps et d'esprit, qui vole et que vous, médecin, vous nous donnez comme irresponsable, et que vous, magistrat, vous allez acquitter. Je le demande, le rôle du médecin n'est-il pas imprudent et n'est-ce pas donner des verges pour nous faire battre que de soutenir pareille thèse? On daube assez sur les médecins légistes, il court d'autre part de par le monde assez d'esprits subtils pour soutenir la doctrine de l'irresponsabilité à tort et à travers, pour que cette façon de voir soit dangereuse à soutenir, et que l'Ebauche de Letulle ne puisse passer sans protestation.

Mais pénétrons plus avant avec lui, dans le sujet, entrons dans le magasin, « dans un de ces temples consacrés au dieu du commerce », pour parler comme l'auteur, et voyons comment cette femme, honnête alors qu'elle est rue du Bac, va devenir la voleuse, toujours honnête s'entend, dès qu'elle aura franchi le seuil.

La transformation s'opère comme suit : l'étalage est brillant, fanfreluches et bagatelles sont là qui la tentent, l'atmosphère est lourde et le comptoir de parfumerie voisin fait peser sur son cerveau des émanations provocatrices ; enfin, comme si ce n'était point assez que ses yeux, son odorat, soient surexcités, voilà le toucher qui entre en scène. La « voleuse honnête fait chatoyer un « coupon » de soie, un ruban aux reflets moirés, elle caresse un mignon calepin, bref elle est tentée, elle vole. Je demande aux esprits non prévenus où est l'excuse? Voici ce que dira l'avocat, puisque aussi bien c'est la doctrine que soutient Letulle, le parrain médical de ces malades : Cette femme n'avait aucun intérêt à com-

mettre ce vol minime, attendu que sa situation pécuniaire, que le porte-monnaie que vous trouvez sur elle dans la minute qui suit la découverte du larcin est garni d'or et pouvait payer dix fois l'objet de mince valeur qu'elle vient de dérober. Ce raisonnement, je l'avoue, me toucherait peu si j'étais magistrat. C'est pénétrer bien peu au fond de la conscience humaine que de ne vouloir concevoir une action et la juger délictueuse que par ses résultats, c'est la morale facile et courante de nos domestiques qui « chipent » et ne volent pas, et qui sont cependant d'abominables voleurs.

C'est donc méconnaître de parti pris tout un fonds mauvais qui sommeille que de nier la responsabilité de pareils actes. Cette voleuse honnête, dont la poche contient un flacon volé, et un porte-monnaie capable d'en payer dix semblables, cette voleuse, dis-je, en est une au sens littéral et psychologique; il lui a plu de s'approprier un objet sans bourse délier et c'est pour cela qu'elle a volé. Elle vient de faire des achats pour 100 francs, m'objectez-vous, et son vol est estimé 1 franc. Où est son intérêt?

S'il était permis de jouer sur les mots, je dirais qu'il est de 1 pour 100, ce qui me paraît encore un « intérêt » honnête et sentant fort l'usure. Multipliez cela par 20 ou 30, — car ces « honnêtes voleuses » sont des récidivistes, — et vous verrez que l'*intérêt* est patent. Sans doute, cette psychologie diffère bien notablement du « crayon » très fin que nous donne Letulle de sa voleuse, il a exposé avec grand art les circonstances atténuantes, mais il a bien senti qu'il ne pouvait pas plaider « non coupable », et, quoi qu'il en dise, avec sa claire clairvoyance, il voit bien l'intérêt, mais il lui semble si petit qu'il le néglige presque.

Le vertige kleptomaniaque dont il nous entretient et qu'il comparerait presque à ces impulsions des Pyromanes, des Dipsomanes et de tous les « cérébraux » en un mot, je me refuse à le croire réel. Comme le disait très profondément Lasègue, il y a lieu de toujours distinguer l'objet et le sujet. L'*objet*, nous le connaissons, nous savons dans quelles conditions spéciales il sollicite l'appétit de l'individu, *du sujet*, — de la malade, d'après Letulle. Mais, à ce compte, qui ne voit que tout individu commettant un acte délictueux pourra être considéré comme un malade, puisque, méconnaissant ses véritables intérêts, il encourt des conséquences judiciaires? C'est la négation absolue du libre arbitre, c'est l'irresponsabilité élevée à la hauteur d'un principe. C'est là, je pense, l'erreur de Letulle; sur la pente glissante des responsabilités plus ou moins atténuées, il n'a pu se maintenir, et son plaidoyer, s'il est humanitaire, n'est plus du tout scientifique. Car, encore un coup, comment excuse-t-il sa « voleuse honnête », quelle physiologie pathologique l'éclaire?

Est-ce *l'instinct du vol* qui sommeille en nous et qui, chez elle, parle plus haut, auquel elle ne peut résister parce qu'elle est, au point de vue cérébral, une grande *enfant*?

Je ne sais ce que penseront les apologistes de l'égalité des sexes de cette explication; pour ma part, je la trouve bien faible, car elle s'applique non pas seulement aux femmes et à cet instinct particulier du petit vol, mais encore à une catégorie de délits, voire même de crimes. Pourquoi n'invoquerez-vous pas au profit de « l'Honnête Assassin » cette doctrine? Lui aussi, il aura eu l'instinct de tuer, sans intérêt; il aura eu le « vertige homicide »; il « aura vu rouge ». Le joueur, qui met le pied dans le « Temple de Plutus » et qui aura spéculé inconsidérément et malhonnêtement j'ajoute, n'aura-t-il pas été en proie à cet « instinct du lucre », qui est le sous-sol des consciences actuelles? Non, il faut réagir contre ces théories dissolvantes, il faut que chacun porte la peine de ses fautes, et Letulle l'a si bien compris, que lui-même réclame une punition pour ses honnêtes voleuses. Et cependant, quoi de plus tendrement touchant, de plus vraiment excusable, que cette humble mère de famille, s'arrachant du berceau d'une enfant malade pour aller voler une poupée, objet de convoitise de sa fille!

Les raisons invoquées par l'auteur de « l'Ebauche de médecine légale » me semblent donc insuffisantes, et ses conclusions dangereuses; car, sûres de l'impunité, ou du moins assurées de n'être qu'admonestées, combien de voleuses honnêtes vont « succomber » demain dans les grands magasins? Il me paraît donc bien juste de dire, avec Lasègue, que la kleptomanie, comme la pyromanie, n'a pas d'assises bien solides, et, comme je le lui ai entendu répéter bien souvent, il n'est pas de besoin délirant du vol.

Pour les « voleuses honnêtes » de Letulle, il ne me paraît pas devoir être créé d'exception, pas même pour celles qui ont leurs règles ou qui sont grosses; les « envies » de ces dernières sont choses jugées maintenant, il est temps, je pense, qu'il en aille de même pour la menstruation, ou sans cela, qu'on ne dise plus que l'Aménorrhée est une maladie, mais une vertu.

En résumé, conseillons avec Letulle aux directeurs des magasins d'être moins tentateurs pour les Honnêtes femmes, sous peine d'en faire des « Voleuses Honnêtes ».

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Juhel-Rénoy.

REVUE SPÉCIALE

Maladies des voies urinaires

Des urétérites et de l'exploration des uretères, par le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 38, 39, 40, 42 et 43.

Le *traitement* des suppurations du rein offrait récemment encore un médiocre intérêt; on ne pouvait employer qu'une thérapeutique banale qui s'adressait surtout à l'état général. Aujourd'hui, des moyens plus puissants existent et les opérations qu'on a dirigées contre les affections rénales constituent une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

M. Hallé s'est longuement étendu sur ce point dans sa thèse. La détermination de la cause de l'urétéro-pyélite est des plus importantes, car c'est à elle qu'on s'adressera tout d'abord : s'il s'agit d'un rétrécissement, par exemple, ou d'un calcul, on devra tout d'abord s'attaquer à ces causes premières d'inflammation.

Partout, on emploiera la plus rigoureuse antisepsie. Pour les affections de la vessie, on peut en faire une application directe au moyen de lavages ou autres modes d'intervention intra-vésicale; pour les reins, il n'en est plus de même; des médicaments antiseptiques devront être administrés à l'intérieur de façon à être éliminés par le rein; le biborate de soude sera employé de préférence.

Tous ces moyens échouent trop souvent et n'arrêtent pas

l'urétéro-pyélite; celle-ci une fois constituée, dans quels cas faut-il aborder la collection purulente? Toute intervention doit être, d'une façon générale, proscrite dans les cas d'inflammation bilatérale. Les malades chez lesquels la suppuration est ancienne, chez qui l'insuffisance rénale a amené une détérioration de l'organisme, sont d'emblée exclus de l'intervention chirurgicale

Tout autre est la conduite à tenir lorsqu'un seul rein a été envahi; une pyélite, une fois installée, oblige à une intervention, car la mort par cachexie est l'aboutissant presque fatal cette affection, abstraction faite de quelques cas exceptionnels d'évacuation de la tumeur par l'intestin, d'enkystement, etc., terminaisons sur lesquelles on ne peut compter.

Il faut donc opérer. Les ponctions aspiratrices donnent-elles des résultats suffisants? Si deux on trois cas de guérisons ont été rapportés à leur actif, ce ne peut être là une méthode générale; on perdrait un temps précieux en s'y attardant. Par contre, c'est un moyen indispensable d'assurer le diagnostic, et, suivant l'expression de M. Hallé, la ponction devrait toujours être le premier acte du traitement chirurgical de la pyonéphrose.

Dès le début de la discussion sur le choix de la méthode, M. Hallé déclare qu'en face d'une tumeur purulente du rein, la néphrotomie est la règle et la néphrectomie l'exception. Il est des cas où cette conduite s'impose, lorsque, par exemple, le malade devient subitement anurique et que la néphrotomie devient alors une opération de nécessité. L'incision d'un rein distendu par du pus peut restituer ses fonctions au parenchyme et permettre l'élimination d'un calcul.

Le plus souvent, la discussion est possible. En faveur de la néphrotomie, on y a apporté bien des arguments. L'opération est facile et sans gravité; elle est applicable même chez les sujets cachectiques qui ne supporteraient pas une intervention plus importante; elle procure un soulagement immédiat. De plus, on se met à l'abri d'une catastrophe, du genre de celles dont cinq observations ont été publiées, c'est-à-dire la mort par anurie, soit à cause de l'existence d'un rein unique ou par suite de lésions avancées de l'autre rein, lésions que, dans un cas, une incision abdominale exploratrice pratiquée dans ce but a été impuissante à faire reconnaître. Or, parmi les moyens de diagnostic que nous avons étudiés, on sait qu'aujourd'hui on n'est guère en mesure, d'une façon générale, de vérifier l'intégrité du rein supposé sain.

A la néphrotomie on a objecté la persistance d'une fistule urinaire. Certes, le fait est vrai, quoique beaucoup moins fréquent qu'on ne le croit généralement, puisque M. Guyon, sur 130 néphrotomies, n'a relevé que 8 cas de fistules permanentes.

M. Hallé fait ensuite une longue énumération des difficultés de la néphrectomie; il signale les circonstances où il est matériellement impossible de la conduire à bien et les nombreux accidents auxquels elle a donné lieu. Il est certain qu'on en a publiés beaucoup et de tout genre; mais il ne faut pas oublier que la néphrectomie est une opération de date récente, que chaque faute opératoire, chaque échec, a été un enseignement et qu'on est déjà mieux en mesure aujourd'hui de parer à ces accidents qu'il y a quelques années. Il est peut-être prématuré de vouloir, au moyen d'une statistique générale, comparer et juger l'une et l'autre de ces opérations.

M. Hallé reconnaît qu'il y a des cas où la néphrectomie d'emblée est indiquée, c'est quand il existe une tumeur abdominale volumineuse venant faire saillie en avant. Il pense qu'alors il faut traiter ce kyste purulent comme toute tumeur abdominale et faire la laparotomie. Ici, en effet, la néphrectomie s'impose; même alors elle a été tentée avec succès dans des cas analogues par la voie lombaire on latérale. Enfin, il est un autre ordre de faits sur lesquels M. Hallé nous semble avoir passé un peu rapidement dans la discussion du traitement; c'est le degré des lésions de l'uretère. Si ce conduit est profondément enflammé, considérablement augmenté de volume, s'il s'agit d'une de ces pyélites ascendantes avec hypertrophie des parois qu'il a si bien décrites lui-même, quelle est l'opération qui permettra le mieux d'amener la disparition de semblables lésions?

Nous pensons que cette *restitutio ad integrum* n'est guère probable, tant que le fonctionnement de l'organe persiste, c'est-à-dire tant que l'urine continue y passe. S'il semblait démontré que la guérison de l'uretère est impossible, le rein serait exposé dans la suite par conséquent aux mêmes causes d'inflammation, il vaudrait mieux faire d'emblée une néphrectomie primitive. Réserver l'extirpation pour une opération ultérieure au cas où les phénomènes inflammatoires subsisteraient serait une conduite fâcheuse, car ce serait s'exposer à laisser le rein contracter des adhérences avec les tissus ambiants, opérer dans de mauvaises conditions, s'exposer aux plus graves accident, comme il en est déjà arrivé dans des circonstances analogues. L'opération devient alors des plus pénibles et des plus délicates surtout quand elle porte sur le rein droit pour lequel le voisinage de la veine-cave crée une difficulté de plus.

Quoi qu'il en soit, et ces quelques réserves faites, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le résumé du traitement de l'urétéro-pyélite par lequel M. Hallé termine son travail.

Traitement de la cause et traitement médical actif antiseptique au début et dans les cas légers.

Abstention, prudence et palliatifs dans les cas bilatéraux graves.

Néphrotomie lombaire ou latérale dans les cas de pyonéphose évidente, répétée même en cas de fistule persistante.

Néphrectomie complémentaire, lombaire ou latérale dans les cas qui la commandent on la justifient.

Néphrectomie primitive, abdominale, dans les cas particuliers de tumeurs très volumineuses.

Primitive ou complémentaire, la néphrectomie ne devra jamais être tentée sans qu'on ait mis en œuvre tons les procédés pratiques d'exploration pour s'assurer, par l'étude de la sécrétion urinaire, de l'état de l'autre rein.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Gynécologie.

(*Communications faites à la Section de Gynécologie de la 60e Réunion des naturalistes et médecins allemands*, septembre 1887.)

I. SUR LES INFECTIONS MIXTES GONORRHÉIQUES CHEZ LA FEMME, par le docteur BUMM (de Würzbourg). — II. SUR LES RELATIONS DE LA GONORRHÉE AVEC LES PROCESSUS DE LA GÉNÉRATION, par le docteur KRONER (de Breslau). — III. SUR L'ÉTAT ACTUEL DES OPINIONS CONCERNANT LA CONDUITE A TENIR PEN-

dant la délivrance, par M. Freund. — IV. Des causes de la rétention des membranes, du placenta ou de fragments de ces organes, par M. Schrœder. — V. Des relations de l'albuminurie avec les affections placentaires, par M. Wiedow. — VI. Sur la perforation du crane et l'opération césarienne, par M. Wyder. — VII. De l'influence des déchirures du col sur le développement des affections utérines, par M. Nœggerath. — VIII. Sur les résultats immédiats et éloignés des opérations de chute de la matrice, par M. Cohn. — Sur le traitement opératoire des chutes de la matrice, par M. Frank (de Cologne).

I. La qualification de « mixtes » se rapporte aux infections engendrées par des micro-organismes de deux espèces différentes. Les choses se passent habituellement de la façon suivante : Une première variété de micro-organismes fomente, dans un organe, des lésions qui transforment celui-ci en milieu favorable à la végétation d'une autre variété de microbes. C'est ainsi que les lésions pneumoniques transforment les poumons en un terrain favorable à l'invasion et au développement des bacilles de la tuberculose. L'infection gonorrhéique des organes génitaux de la femme joue un rôle semblable par rapport à d'autres agents infectieux. Ainsi, d'après Bumm, la bartholinite qu'on a coutume de qualifier de simple, n'est pas une conséquence *directe* de la pénétration des gonococcus dans la glande de Bartholin ; ceux-ci ne font que préparer le terrain à d'autres germes organisés, aux *staphylococcus aureus*, par exemple, qui provoqueront la suppuration du tissu glandulaire. Ainsi les petits abcès qui se développent dans la paroi de l'urèthre, pendant le cours d'une blennorrhagie, sont toujours le résultat de l'invasion d'une seconde variété de germes virulents, succédant à une invasion de gonococcus. De même encore, ce dernier microbe n'engendre pas directement la cystite ; il n'y a pas de cystite blennorrhagique dans le sens strict du mot, l'affection à laquelle on a donné ce nom est le produit d'une infection mixte, dont la première phase, purement préparatoire, correspond à l'arrivée des gonococcus dans la vessie. Il est vraisemblable que maint cas de tuberculose isolée des trompes était le fait d'une pareille infection gonorrhéique mixte.

A une question posée par M. Kugelmann, M. Bumm a répondu qu'à son idée, toute barthonilite n'est pas forcément préparée par une infection gonorrhéique antécédente. D'autre part, M. Kaltenbach a soutenu que les « infections mixtes » dans le sens indiqué plus haut, jouent un rôle considérable, non seulement en gynécologie, mais encore en obstétrique. Il en voit une preuve dans l'évolution, si souvent atypique, des suites de couches, ce qui rend si difficile d'établir un pronostic sûr. Souvent aussi, d'après M. Kaltenbach, des infections virulentes s'associent à des intoxications. Quoi qu'il en soit, les relations de la paramétrite puerpérale et de la gonorrhée sont aujourd'hui démontrées par des preuves cliniques de grande valeur. De même encore, on voit souvent coïncider l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés avec des complications puerpérales fébriles (endométrite et paramétrite) chez les mères, lorsqu'on ne s'astreint pas à des mesures rigoureuses de prophylaxie.

II. M. Kroner, dans un mémoire basé sur 97 observations de femmes en couches chez lesquelles l'existence d'une infection gonorrhéique ne pouvait être mise en doute (la plupart des nouveau-nés étaient affectés d'une ophtalmie blennorrhagique) a soutenu cette thèse : qu'on a considérablement exagérée l'influence qu'exercerait, d'après Nœggerath, Sænger (1) et d'autres, l'infection blennorrhagique sur les suites de couches immédiates et éloignées. Pour être établi sur une base inébranlable, le diagnostic de l'infection blennorrhagique chez les accouchées réclame la recherche du gonococcus dans les sécrétions morbides de la mère et du nouveau-né. M. Kroner a combattu également l'opinion suivant laquelle l'infection gonorrhéique peut exercer une influence fâcheuse sur la grossesse, analogue à celle qu'exerce la syphilis (avortement). Il n'admet pas davantage l'intervention fréquente de la gonorrhée latente chez la femme, comme cause de stérilité ; celle-ci dépend beaucoup plus souvent d'une oligo ou d'une azoospermie chez l'homme, conséquence d'une ou de plusieurs blennorrhagies antécédentes.

III. M. Freund a examiné quelles sont aujourd'hui les vues qui tendent à prévaloir au sujet de la conduite à tenir pendant la délivrance. Il a conclu que la preuve paraît être faite aujourd'hui de la nécessité de renoncer à toute réglementation exclusive, que la méthode de Crédé, pas plus que l'expectation indéfiniment prolongée ne sauraient être érigées en règle de conduite invariable. L'expression utérine ne doit être pratiquée que dans les cas où, pour une raison ou une autre, il est indiqué d'accélérer la délivrance. D'une façon générale, une intervention active, dans le sens strict du mot, n'est justifiée que quand on est en présence de certaines complications (hémorrhagies, adhérences du placenta, etc.) Dans les circonstances ordinaires, le plus sage est de combiner l'expectation avec une intervention bénigne, celle-ci ne devant se produire qu'une fois que le placenta est libre de toute adhérence.

On peut être sûr qu'il en est ainsi, quand le corps de l'utérus fait saillie en se contractant au-dessus du segment inférieur de l'utérus, qui sert de réceptable au placenta. Pour obtenir alors l'expulsion du délivre, des frictions sur l'utérus, tendant à ramener le fond vers l'ombilic, sont préférables à l'expression. — Des divergences d'opinion très grandes se sont produites dans la discussion qui a suivi.

IV. M. Schrœder a exposé le mécanisme suivant lequel s'opère le détachement des membranes de l'œuf et du placenta. Il a insisté sur ce que le pôle inférieur de l'œuf commence souvent à se détacher pendant la période de dilatation du col. Par suite, la rupture tardive de la poche des eaux occasionne souvent la déchirure des membranes et la rétention de fragments. Au contraire, la rupture précoce des membranes prévient à coup sûr cette rétention. L'expression prématurée du placenta est une autre cause de déchirures des membranes, parce que, au moment où on la pratique, le pôle supérieur de l'œuf n'est pas encore détaché.

D'autre part, la rétention de fragments placentaires dépend, dans une certaine mesure, de l'étendue de la surface d'insertion. Plus cette surface est petite, moins elle développe de force pour opérer l'arrachement du placenta et plus il y a de chances que des fragments du délivre soient retenus. Il faut empêcher l'écoulement de l'hématome rétro-placentaire, tant que le rebord supérieur du délivre est encore adhérent. En effet, si à ce moment une hémorrhagie vient à se produire, par des frictions on sollicite l'utérus à se contracter ; il s'ef-

(1) Voir Gazette médicale 1887, n° 37, p. 439.

fectue une coarctation tétanique autour du placenta, avec rétention de cet organe.

La pratique proposée par M. Schrœder — rupture prématurée de la poche — a été condamnée à l'unanimité.

V. De nombreuses observations recueillies par M. Wiedow, à la clinique d'accouchements de Fribourg, confirment l'opinion émise précédemment par Fehling, comme quoi l'albuminurie peut se développer sous l'influence des maladies du placenta. Dans le plus grand nombre des cas examinés par M. Wiedow, les lésions placentaires consistaient dans une nécrose, par coagulation, du placenta maternel et du placenta fœtal. D'après M. Wiedow, on n'a pas encore donné une explication plausible du mécanisme de ce genre d'albuminurie.

M. Fehling a fait ressortir qu'une néphrite chronique préexistante est souvent aggravée par une grossesse intercurrente, et que la lésion rénale prédispose à l'avortement et à l'accouchement prématuré.

M. Kaltenbach a fait remarquer que l'albuminurie peut se développer dans le cours d'une grossesse indépendamment de toute lésion placentaire; que d'autre part, sous l'influence d'une néphrite, le placenta peut être le siège d'une hémorrhagie au même titre que d'autres organes.

M. Cohn a observé un grand nombre de cas de néphrite, sans éclampsie, chez des femmes enceintes; presque toujours il existait des lésions placentaires. Les infarctus du placenta ne sont pas un signe pathognomonique de la syphilis.

VI. M Wyder, de Berlin, a produit une statistique qui démontre, selon lui, qu'on a tort de tendre à substituer de plus en plus l'opération césarienne à la perforation cranienne et à l'accouchement provoqué avant terme. La statistique de M. Wyder accuse une mortalité de 17,5 0/0 chez les femmes sur lesquelles on a pratiqué l'opération césarienne, tandis que pour les cas où on a eu recours à la perforation du crâne, la mortalité n'a été que de 8,2 0/0.

MM. Ahlfeld et Winkel ont obtenu des résultats meilleurs encore, à la suite de la perforation crânienne. L'opération césarienne ne donne des chances de succès, d'après M. Ahlfeld, que lorsqu'elle est pratiquée dans un service d'hôpital convenablement aménagé *ad hoc*. M. Sænger a soutenu l'opinion contraire; pour lui, tout praticien au courant de la technique moderne est en mesure de pratiquer l'opération césarienne et doit la pratiquer lorsque les circonstances sont favorables.

VII. M. Nœggerath combat comme excessive la théorie lancée par Emmet, qui attribue une influence considérable aux déchirures du col sur le développement d'un grand nombre d'affections utérines (l'auteur en énumère jusqu'à 26). Cette théorie a eu pour corollaire de faire passer la trachélorraphie pour une panacée, aux yeux d'une foule de gynécologistes. En se basant sur ses observations personnelles, M. Nœggerath arrive à conclure :

Que les déchirures du col favorisent la conception et diminuent la prédisposition à l'avortement; qu'elles n'ont aucune influence sur la position de l'utérus; qu'elles n'entraînent pas l'allongement de l'axe de cet organe; qu'elles n'ont aucune influence sur le développement des affections utérines; que l'*éversion* des lèvres n'est jamais la conséquence immédiate d'une lacération du col.

VIII. M. Cohn a rendu compte des résultats fournis par 105 opérations de prolapsus de la matrice, pratiquées dans le service de feu le professeur Schrœder, de 1882 à 1887. Le nombre des colporaphies pratiquées chez les 105 malades s'est élevé à 123. Pendant l'opération, le champ opératoire était irrigué avec un liquide antiseptique. Les sutures (continues) ont été faites avec du catgut. Pendant les dix ou douze jours qui suivaient l'opération, on provoquait la coprostase, en administrant de l'opium.

Résultats. — Cicatrisation linéaire dans 97 cas; petites solutions de continuité, sans importance par rapport au résultat d'ensemble, dans 24 cas; insuccès dans 2 cas.

Au point de vue de la suppression de l'infirmité, le résultat immédiat a été mauvais dans 9 cas, moyennement satisfaisant dans 9 autres cas, très bon dans 80 cas; dans 4, les renseignements ont fait défaut. Deux fois l'opération a été suivie de mort : chez une femme affectée d'une néphrite chronique avec insuffisance cardiaque; chez une autre, qui était sous le coup d'un épuisement profond.

Le résultat *définitif* a pu être contrôlé dans 60 cas; dans 35, la guérison se maintenait. Chez 23 femmes, la chute de la matrice s'était reproduite. La fréquence des récidives doit être imputée en grande partie aux mauvaises conditions sociales dans lesquelles vivaient les opérées.

M. Cohn a insisté sur ce que, selon lui, seul l'emploi de la suture au catgut et à jet continu peut assurer la cicatrisation linéaire, par première intention, de la plaie opératoire.

— M. Frank a introduit les modifications suivantes dans la technique de l'opération destinée à remédier à la chute de la matrice :

Incision en fer à cheval, au-devant de l'anus; isolement de toute la paroi postérieure du vagin, dont on excise un fragment de dimensions convenables; du fond de la plaie on attire le tissu cellulaire qui enveloppe le vagin et le rectum. Alors seulement on procède à la suture des lèvres de la plaie vaginale, puis à la suture (avec fil d'argent) du périnée. On n'a pas à craindre que la paroi postérieure du vagin soit soumise à une tension anormale, car les ligatures au catgut laissent un jeu suffisant aux surfaces amenées en contact. Voire que depuis 1881, M. Frank se passe d'exciser un lambeau du vagin; il se contente, après décollement de la paroi postérieure de ce conduit, d'appliquer cette paroi contre elle-même au moyen de sutures au catgut profondes; il en résulte une saillie très prononcée, qui efface la lumière du canal. Cette saillie est en quelque sorte capitonnée par le tissu cellulaire compris entre le vagin et le rectum et qui a été attiré et amassé à ce niveau, ainsi qu'il a été dit. Ce procédé opératoire a fourni à l'auteur des résultats excellents; il n'y a pas eu à déplorer une seule récidive.

Faute d'espace, nous nous bornerons à mentionner une communication de M. Saenger, sur les *nouvelles méthodes de périnéoraphie par section de la cloison recto-vaginale* avec formation de lambeaux. M. Saenger a préconisé l'emploi du procédé de Lawson Tait, d'accord en cela avec M. Hégar, tandis que M. Kaltenbach a repoussé ce même procédé comme étant inférieur à ceux usités en Allemagne.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

De l'artério-sclérose et de ses principales manifestations oculaires, par M. Delalande.

Ce travail a pour but d'exposer les conséquences qui paraissent dériver de l'altération scléreuse des vaisseaux, au point de vue spécial de la pathologie oculaire.

Après avoir examiné dans une vue d'ensemble le mode de formation de l'artério-sclérose, ses causes, ses divers modes de répartition, l'auteur conclut que l'existence de cette lésion suffit à elle seule à expliquer certains troubles profonds et graves qui s'observent du côté de la circulation et de la nutrition de l'œil : ainsi l'embolie de l'artère centrale de la rétine, si bien étudiée depuis la découverte de l'ophthalmoscope, ne serait qu'un cas particulier des effets produits par cette altération vasculaire, et, d'autre part, c'est également à celle-ci qu'on devrait imputer les hémorrhagies qui surviennent spontanément chez certains individus du côté des milieux et des différentes membranes de l'œil (hémorrhagies iriennes, rétiniennes, glaucômes hémorrhagiques).

Si la notion ainsi établie comporte peu de déductions thérapeutiques, l'artério sclérose étant par elle-même une lésion à peu près irremédiable, il n'en est pas moins vrai qu'elle consacre un ordre de faits très intéressants au point de vue pathogénique, car elle fournit une interprétation satisfaisante de certains troubles oculaires qui, sans elle, seraient fort difficiles à expliquer.

De l'œdème rhumatismal aigu isolé des manifestations articulaires, par M. H. Cœur.

Le cadre nosologique du rhumatisme, déjà si vaste, semble destiné à s'agrandir encore par l'apport de faits nouveaux qui en étendent chaque jour le domaine. Voici, par exemple, une variété d'œdème encore peu connue jusqu'à présent, mais qui emprunte à ses caractères spéciaux, à sa mobilité, et surtout à la coïncidence d'accidents rhumatismaux antérieurs ou à venir, une valeur qui ne permettrait point d'en reconnaître la véritable nature. Des observateurs éminents comme MM. Guyon, Besnier, Potain, en ont rapporté plusieurs cas, et ils n'ont pas hésité à y voir une manifestation particulière de la diathèse rhumatismale. Cliniquement cette variété d'œdème peut se présenter sous deux aspects distincts :

Forme pseudo-phlegmoneuse : — Œdème blanc essentiel : Mais quel que soit l'aspect qu'il revêt, il possède constamment une physionomie propre et une marche qui permettent de le séparer des autres œdèmes, même localisés, comme ceux que l'on observe si souvent dans le cours de l'albuminurie, etc.

On peut ajouter que certains caractères, tels que la rapidité d'apparition, la mobilité, la disparition brusque permettant de croire que le système nerveux concourt pour une part à sa production, par un mécanisme encore à déterminer, mais comparable selon toute apparence à celui qui préside à l'apparition de certaines dermatoses (urticaire, érythèmes noueux, marginé, etc.), dont la nature rhumatismale n'est plus à démontrer.

Cette analyse rapide fait comprendre que la thèse de M. Cœur, malgré sa brièveté, présente pourtant un réel intérêt.

Contribution à l'étude de la dilatation du cœur droit chez les tuberculeux, par M. Lienard.

On sait depuis longtemps que les lésions chroniques du poumon et particulièrement la bronchite chronique, l'emphysème, la sclérose, exercent une influence très active sur la dilatation des cavités droites du cœur. Mais on sait également que cette dilatation, avec ses signes propres, s'observe assez rarement chez les individus atteints de tuberculose pulmonaire, maladie qui par l'étendue et la complexité des désordres qu'elle détermine semble pourtant réaliser toutes les conditions favorables à la production de ce retentissement à distance. La thèse de M. Lienard vise ce dernier ordre de faits et l'auteur cherche à y préciser, d'une part le fréquence relative de la dilatation droite dans la phthsie, d'autre part les conditions pathogéniques propres à expliquer son apparition souvent constatée chez une certaine catégorie de tuberculeux, son absence presque constante chez d'autres.

D'accord avec les auteurs précédents, il conclut que ce phénomène est rare dans les formes ulcéreuses de la phthisie, c'est-à-dire dans celles qui amènent la caséification, le ramollissement et la destruction du parenchyme pulmonaire et qu'il est au contraire une complication fréquente de la phthisie dite fibreuse. Cette conclusion, conforme aux données de la clinique, trouve également un point d'appui dans l'anatomie pathologique qui, depuis les belles recherches de Natalis Guillot, a révélé l'existence d'un réseau anastomotique intermédiaire entre l'artère pulmonaire et l'artère bronchique, et le rôle de suppléance joué par ce réseau de nouvelle formation dans les poumons atteints de tuberculose ulcéreuse. Cette voie de suppléance faisant défaut dans le cas de phthisie fibreuse, on comprend que la circulation du sang dans les cavités droites rencontre un obstacle qui ira grandissant à mesure que s'accentuera le travail de formation ulcéreuse propre à cette variété de tuberculose et à mesure que se restreindra le champ circulatoire de l'artère pulmonaire.

M. Lienard affirme donc la dilatation du cœur droit qu'il a étudiée d'ailleurs au moyen de mensurations pratiquées sur un grand nombre de cœurs de tuberculeux, mais en même temps il conteste l'explication classique qui attribue l'insuffisance tricuspidienne à la dilatation circonférentielle de l'orifice (théorie de Gendrin). Pour lui, ce dernier fait est simplement la conséquence du déplacement des piliers du cœur, dont le mode d'insertion aux bords de la valvule subit des changements tels que ses bords ne peuvent plus s'affronter exactement.

Dr P. M.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Médication pepto-phosphatée dans la tuberculose pulmonaire. — On sait la part si grande que prend au développement de la tuberculose la « misère physiologique » Le tubercule, a dit le professeur Peter dans ses intéressantes cliniques, est le produit et le témoignage de la déchéance de l'organisme. Quand cette déchéance a préparé le terrain, toute inflammation des organes respiratoires peut devenir le germe de l'éclosion tuberculeuse.

Si, contre le côté parasitaire de l'affection, la thérapeutique est encore désarmée, du moins peut-on chercher à lutter contre l'épuisement de vitalité qui en a préparé l'éclosion et qui vient en accélérer l'évolution. Il faut s'appliquer à aider la restauration de la nutrition et des forces, afin que l'accroissement de la résistance

organique puisse enrayer le processus de la diathèse ; il faut enfin « permettre aux tuberculeux de survivre à ses tubercules. » (Peter).

C'est là une indication capitale qu'il n'est pas toujours facile de remplir avec succès, et on y éprouve trop de mécomptes pour qu'il ne nous paraisse pas superflu de faire connaître les heureux résultats que nous avons obtenus par la médication pepto-phosphatée, dans des cas où l'*inatiation* par les voies digestives était particulièrement accentuée. Nous nous bornerons à rappeler l'une de ces observations :

OBSERVATION.— M. Henri S..., 32 ans, attaché à un bureau de ministère. Pas d'antécédents du côté des père et mère. Une sœur bien portante.

M. S... n'a eu aucune maladie sérieuse. Il habitait la campagne quand, à la suite de son mariage, il vint s'établir à Paris en 1884. Il eut une bronchite en janvier 1885, pour laquelle il ne suivit aucun traitement. Depuis ce temps, il tousse fréquemment sans crachats caractéristiques. Il a maigri considérablement. Le teint est pâle et l'essoufflement se produit facilement. Transpirations fréquentes la nuit. Pas d'appétit.

A la percussion, on constate une légère matité du sommet droit en arrière. A l'auscultation, respiration exagérée à gauche, quelques craquements humides à droite, au sommet.

M. S... avait déjà consulté : l'huile de foie de morue, le vin de quinquina, les granules de Dioscoride et les badigeonnages de teinture d'iode lui avaient été perscrits. Sous l'influence de ce traitement, l'état s'était un instant amélioré, mais l'huile de foie de morue ne fut tolérée que peu de temps; la forme capsulaire fut essayée par le malade, mais le nombre de capsules qu'il lui fallut ingérer ne réussit qu'à augmenter la fréquence des vomissements. Le malade dut suspendre toute médication.

La percussion et l'auscultation nous permirent un diagnostic facile ; mais ce qui nous frappa particulièrement lorsque M. S... vint nous consulter, ce fut son état d'affaiblissement. Ce *tuberculeux* avait toutes les conditions requises pour devenir *phtisique*. Il importait de réagir avec vigueur contre cette déchéance physiologique ; tâche délicate en présence de cet organisme épuisé, de cet estomac dont les fonctions étaient si profondément troublées.

L'arsenic n'était pas mieux toléré que ne l'avait été l'huile de foie de morue et la saison (juillet) était peu engageante pour faire une nouvelle tentative avec celle-ci.

La répugnance acquise nous fit écarter l'idée d'une médication trop complexe. Notre malade fut envoyé à la campagne, et après suspension de tout traitement et repos pendant une semaine, nous lui prescrivîmes l'usage de la peptone phosphatée (*vin de Bayard*), réunissant sous une formule concise l'alcool, le phosphate de chaux et la viande *assimilable*. Nous prescrivîmes en outre l'usage des lotions vinaigrées et des frictions avec le baume de Fioravanti.

Le vin de peptone phosphaté fut pris à la dose de deux cuillerées par jour pendant quinze jours, et au bout de ce temps la dose fut portée à quatre cuillerées.

Dès les quinze premiers jours, nous avions la surprise et la satisfaction de constater les résultats obtenus. Si nous trouvions à l'auscultation des troubles encore très nets, nous voyions un changement sensible dans l'état général. L'appétit revenait, les sueurs nocturnes avaient presque disparu ; plus d'essoufflement. Après quelques semaines, l'état était encore amélioré, et l'on ne percevait plus que quelques craquements secs. Le poids du corps avait augmenté d'une façon notable.

Il nous a été donné de revoir M. S... à diverses reprises, et si nous ne pouvons affirmer que notre malade soit *radicalement* guéri, nous pouvons dire que l'état général est excellent.

Et, maintenant, il nous paraît utile d'appeler l'attention sur les propriétés de la peptone phosphatée; on peut dire qu'elle convient à toutes les formes et à toutes les périodes de la tuberculose. Son phosphate de chaux fixe l'albumine à l'état de cellule et de fibre. Le vin de Bayard à la peptone phosphatée agit donc comme reconstituant général par excellence, et, de plus, il a dans la phtisie cette propriété très précieuse de fournir à l'organisme l'élément le plus propre à favoriser la transformation des tubercules.

En dehors de l'observation que nous venons de rapporter, nous avons souvent eu l'occasion d'avoir recours à cette préparation, dans des cas de cachexie de nature diverse, dans des états pathologiques à tendance dénutritive, et toujours nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

Dr A. JUDET,
ancien interne des hôpitaux.

NOTES & INFORMATIONS

Le ministre de l'intérieur vient de nommer une commission d'études pour l'examen et la revision des programmes de l'enseignement primaire. Font partie de ladite commission : MM. Bouchard, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Lacaze-Duthiers, M. Perrin, Proust, Rochard et A. Martin.

— Sont nommés membres de la commission chargée de reviser les programmes relatifs à l'enseignement de la gymnastique : MM. les docteurs Marey, Paul Chéron, Dally, Franck, A. Martin, Mangenot et Quénu.

— Sa Majesté l'empereur du Brésil s'est rendu samedi soir, sans se faire annoncer, à la Société de biologie, et a assisté à la plus grande partie de la séance.

Le président, M. Brown-Séquard, a souhaité la bienvenue au souverain et l'a remercié de l'honneur qu'il faisait à ses collègues.

Avant le départ de Dom Pedro, le président a proposé à la Société de le nommer, par acclamation, membre associé. Un vote unanime a accueilli cette proposition. L'empereur a remercié en disant qu'il ne pouvait devoir ce vote flatteur qu'aux efforts qu'il avait toujours faits et qu'il ferait toujours pour le développement des sciences.

Dans cette même séance, S. A. le prince héritier de Monaco a communiqué à la Société de biologie les résultats d'ensemble, au point de vue zoologique surtout, des dragages opérés par M. Pouchet, M. Deguerne et lui, aux Açores, pendant le troisième voyage scientifique de son yacht l'*Hirondelle*.

— Le jury pour la médaille d'or de l'internat est ainsi composé : MM. Fournier, Troisier, Besnier, Richet, Prengrueber, Richelot, Maygrier.

—CONCOURS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Les candidats du Concours qui s'ouvrira le lundi 7 novembre 1887 pour la nomination à 35 places de médecins des bureaux de bienfaisance, sont au nombre de 86

Ce sont : les docteurs Gougelet, Saison, Roche, Turanville, Genet, Petit-Paul, Marcigney, Savoye, Dusseaud, Decaudin, Planteau, Carret, Barbillion, Alexandre, Vandenabeele, Charles (Paul), Porcher, Le Roy, Lemoine, Fauny, Grange, Viciot, Reteaud, Geneix, Bourdet, Mathieu dit Sicaud, Courtin, Laisné, Viard, Thoumas, Allix, Reuet, Binaut, Marey, Braine, Duron, Bocquet, Veilleau, Lallemant, Simard, Pastol, Mounet, Parizot, Metzger, Ménétrier, Mérigot de Treigny, Donon, Fleurot, Bœhler, Geny, Decoster, C. de Pradel, Hellen, Yvon, Suss, Charon, Fournel, Reuflet, Dhomont, Goureau, Bernheim, Veil, Peignon, Rollin, Barbe, Jacquemart, Plateau, Liandier, Campart, Laurent, Godet, Peisson, Dubief, Isnard, Bernard, Vergne, Bagnol, Battesti, Benard, Maréchal, Dutremblay, Giroud, Petit (Léon), Rolostein-Orval, Vivien, Legrix, Fleury, Dignat.

Le jury, tiré au sort, se composera de MM. les docteurs Perrin, Gervais, Fèvre et Trapenard, et de M. Mourland, chef de la

division des hôpitaux et hospices de l'administration de l'Assistance publique.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1887-1888 (premier semestre). — *Travaux pratiques d'histologie*, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) est ouvert, depuis le 25 octobre 1887, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de une heure à trois heures de l'après-midi.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Suzanne est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Lille. — Le doyen de la Faculté de médecine de Lille, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 17 juin 1887, la donation, faite par le sieur Bertrand-Valentin Cazeneuve, d'un capital productif d'une rente annuelle de cent francs pour la fondation d'un prix biennal.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Forgue, agrégé, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux anatomiques, pendant la durée de la délégation de M. Gilis, en qualité de chargé de cours (année scolaire 1887-1888).

Ecole de médecine de Grenoble. — Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Raoult, chargé d'un cours de chimie et toxicologie

M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie, pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

Le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1887 à la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de matière médicale et pharmacie à l'Ecole de médecine de Grenoble, est reporté au 15 novembre 1888.

Ecole de médecine de Toulouse. — Un congé, pour l'année scolaire 1887-1888, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Toussaint, professeur de physiologie.

M. Laulanié, licencié ès sciences naturelles, est chargé, pour l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de physiologie.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le lundi 4 mai 1888, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1888, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Tours.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Sahadini est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Cochez, appelé à d'autres fonctions.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le docteur de Chapelle, médecin-aide à l'hôpital Saint-Jean, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur de Lagarde, démissionnaire.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. le professeur Raymondaud est nommé pour trois ans, à partir du 31 décembre 1887, directeur de ladite Ecole.

M. Delotte (Léonard-Yrieix), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole de médecine et de pharmacie militaire. — Classement de sortie. Liste par ordre de mérite. — *Médecins*. MM. Marcus, Simonin, Bérard, Renard, Rnotte, Ecot, Licht, Renaud, Maison, Zipfel, Robelin, Jantet, Griffe, Janbert, Spillmann, Keim, De Burine, Cahen, Castelli, Viela, Venner, Cardot, Delporte, Bayle, Piquot, Rivière, Tersen, Mechin, Launois, Sudre, Foy, Frache, Papon, Poujol, Messerer, Etienne, Ferrand, Batut, Leymarie, Chevassu Périgny, Campos, Leclerc, Baillé, Lafforgue, Arnand, Fuzerot, Courtois, Galzin, Gonlon, Benoit, Collet, Bonchet, Angry, Wenzinger, De Montéty, Peyret, Pierron, Manon, Riche, Martin, Cuvier, Apard, Jouet, Lévy, Barrière, Vialette, Marion, Beno, Barhière, Chabrol.

Pharmaciens. — Bodard, Courtot, Beaudoin, Thnbert, Licardy, Leclerc, Charpin.

—M. le docteur Cloquet est nommé chirurgien sous-aide major au corps de sapeurs-pompiers du département de la Seine.

Asiles d'aliénés. — Par arrêté en date du 28 septembre 1887, M. le docteur Petit (Gilbert), médecin de l'Asile d'aliénés d'Armentières (Nord), est nommé directeur-médecin de l'Ecole de réforme d'Yzeure (Allier).

Corps de santé de la marine. — *Mutations*. — M. le médecin de 2e classe Colle est désigné pour embarquer sur la *Résolue*, en remplacement de M. Richer de Forges.

M. le médecin de première classe Aube et MM. les médecins de 2e classe Derohert et Ourse sont désignés pour embarquer sur le *Shamrock*.

M. l'aide-médecin Guéguen est désigné pour le bataillon d'infanterie à Saintes, en remplacement de M. Audiat.

MM. Bertrand, médecin de première classe et Leclerc, médecin auxiliaire de 2e classe, sont désignés pour embarquer sur le *Magellan*, à Brest.

M. le médecin de 2e classe Ilbert est désigné comme aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine, en remplacement de M. Plagneux.

M. le médecin de 2e classe Duchesne est destiné au *Borda*, en remplacement de M. Landouar.

M. le médecin de 2e classe Bahot est désigné pour la Cochinchine, en remplacement de M. Ménier.

Réserve. — Promotions. — Au grade de médecin de 2e classe : M. Marçon, médecin de 2e classe de la marine, démissionnaire.

— Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Grenelle-Saint-Germain, 151, ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte.

Du 1er novembre au 31 août de chaque année : Le jeudi, à neuf heures : Leçon. — A dix heures : Consultation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1886-1887.

M. Gervais. A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde, observées en Nouvelle-Calédonie.—M. Humblot. La variole traitée par la médication éthéro-opiacée, à l'hôpital Saint-Antoine (1882).—M. Grancher. De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1886-1887.

56. M. Bonain. De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée et de la dysentérie chroniques des pays

chands. — 57. M. Thamin. Contribution à l'étude des luxations de la clavicule. — 58. M. Damany. La province et la citadelle de Kouang-Rame. Etude de géographie médicale et de pathologie exotique. — 59. M. Calmeilles. De l'exstrophie vésicale. — 60. M. Verniolle. Essai de sériation méthodique des principales eaux minérales naturelles de France.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 16 AU SAMEDI 22 OCTOBRE 1887

Fièvre typhoïde 19 — Variole 8. — Rougeole 9. — Scarlatine 0. — Coqueluche 7. — Diphthérie, croup, 31 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 174. — Autres tuberculoses 14. — Tumeurs : Cancéreuses 32. — Autres 3. — Méningite 21. — Congestion et hémorr. cérébr. 54. — Paralysie 8. — Ramollissement cérébral 17. — Maladies organiques du cœur 60. — Bronchite aiguë 23. — Bronchite chronique 41. — Broncho-pneumonie 14. — Pneumonie 46. — Gastro-entérite : Sein 13. — Biberon 40. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 21. — Sénilité 31. — Suicides 7. — Autres morts violentes 5. — Autres causes de mort 175. — Causes inconnues 9. — Total de la semaine : 895 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, fascicule 2. — Affections chirurgicales des appareils et des systèmes ; avec la collaboration de MM. les professeurs Viault et Demons, de MM. les professeurs agrégés Plantean, Piechaud et Maurice Denucé, de la Faculté de Bordeaux. Un vol. gr. in-8 de 370 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr.; le tome Ier (complet), 12 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De l'exercice et des troubles de la parole et du langage, étude psycho-physiologique, par le docteur Ferrand. In-8, avec une planche. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine, par le docteur G. Apostoli, professeur libre de gynécologie et d'électrothérapie à l'Ecole pratique. Une brochure gr. in-18 de 70 pages, avec figures. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine, par le docteur Odent In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



58e année. 7e série. Tome IV. N° 45 5 NOVEMBRE 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de **RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

NOTES SUR TROIS ÉPIDÉMIES D'OREILLONS, OBSERVÉES A COMMENTRY (1875, 1881, 1887), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite. — Voir les numéros 43 et 44.

Depuis ma communication à la Société de Gannat (octobre 1875), d'autres médecins sont venus apporter leur contribution à cette forme anormale de l'affection ourlienne, et entre autres: 1o M. Franz Penzold qui, en 1876, dans le CORRESPONDENZ BLÆTTER DES ALLG. ÆRZTL. VEREINS VON THÜRINGEN (no 9, p. 178) en a rapporté trois observations; 2o M. Granier, qui en a cité un fait dans le LYON MÉDICAL; 3o enfin, en 1880, un interne provisoire des hôpitaux de Paris, le docteur V.-C Machado, qui a choisi ce sujet pour sa thèse inaugurale, qu'il a intitulée : *Essai sur les oreillons sous-maxillaires*. Dans ce travail d'ensemble, dans cette œuvre de récapitulation, M. Machado a rapporté deux nouvelles observations originales: l'une recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Léon Labbé, alors suppléé par M. Pozzi, et l'autre recueillie à la Pitié, dans le service de M. Gallard.

Depuis la thèse du docteur Machado, le docteur A. Laveran, dans son savant article : *Oreillons*, du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES DE DECHAMBRE, article paru en 1882, est revenu sur cette question. Je ferai remarquer que, dans son historique de l'oreillon sous-maxillaire, M. Laveran semble dire que cette forme avait été décrite par M. N. Guéneau de Mussy en 1868 (GAZETTE HEBDOMADAIRE, p. 631). En cela, il exagère, car M. Guéneau s'est contenté de signaler en note des faits de ce genre, un peu mieux peut-être que Trousseau dans sa *Clinique*, et que Rilliet pour l'Épidémie de Genève (1), mais sans rapporter d'observations détaillées.

Quant à Leitzen, pour l'épidémie de Halle (1837), à Panck

(1) Voici d'ailleurs reproduit textuellement le passage en question, suivi de la note que M. Gaéneau de Mussy a ajouté à son article, intitulé : *Etudes cliniques sur le phlegmon parotidien* » : « Les oreillons, comme l'a si judicieusement remarqué Trousseau, offrent les plus grandes analogies avec les fievres éruptives. Et, si mes observations personnelles ne m'ont pas fait illusion, ce rapprochement deviendrait plus étroit encore par la coexistence d'un état congestif, avec tuméfaction de la muqueuse buccale, plus accusée vers les dernières molaires, vers la face interne des joues, autour de l'orifice du canal de Sténon, dans la partie antérieure de la voûte palatine, et qui m'a paru constituer un véritable exanthème, et être sur le système tégumentaire la manifestation de cette maladie. Dernièrement encore, ajoute en note M. Guéneau de Mussy, je retrouvais ces caractères dans trois cas d'oreillons, dans l'un desquels la tuméfaction des glandes sous-maxillaires et des glandes sub-linguales remplaçait la tumeur parotidienne. La muqueuse palatine était boursouflée, blafarde, comme si elle avait été macérée; les rides qu'elle présente en avant étaient exagérées, très saillantes; les bords de la langue, festonnés, conservaient l'impression des dents. » Et c'est tout !

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

31 octobre 1887.

Du vieux neuf? le fer et la chlorose végétale. — Le baccalauréat ès-sciences restreint est-il si peu utile ? — Projet de suppression dans les Facultés de medecine. — Des chaires des sciences dites accessoires. — Congrès nationaux et internationaux. — La surabondance des médecins allemands. — A propos de la Leçon d'anatomie de Rembrandt : reconstitution de l'Etat-civil du cadavre. — La désolation d'un père.

Dans le dernier numéro d'une Revue italienne d'Hygiène, je trouve mentionnées les découvertes de la similitude des causes qui amènent l'anémie chez les plantes et chez les hommes. L'éminent botaniste Sachs a pu démontrer que cette anémie est due dans les deux cas à l'absence du fer. Quand la plante ne trouve pas dans le terrain où elle vit une suffisante quantité de fer, ou bien lorsque, par suite d'un état pathologique de ses racines, elle ne peut pas absorber le fer, elle devient anémique. Elle le devient aussi lorsque son développement est trop rapide ou trop précoce, tout comme chez l'homme.

Eh! bien, l'éminent botaniste, M. Sachs, n'est pas si novateur qu'on le prétend! et il suffirait de consulter les COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES pour s'apercevoir qu'à la date du 6 juillet 1846, M. Eusèbe Gris avait communiqué une note relatant ses expériences faites au Jardin des Plantes sur l'application des sels de fer à la végétation et spécialement au traitement de la chlorose végétale. Voilà donc un plat réchauffé que l'on voudrait nous servir, comme tout nouvellement préparé; mais c'est du faisandé que l'on nous présente !

***

Je ne sais plus quel professeur de Faculté médisait il y a quelques mois du baccalauréat ès-sciences restreint. Ayant probablement oublié les conditions de cet examen, M. X... semblait réclamer pour les futurs médecins le titre de bachelier ès-sciences complet. L'examen d'aujourd'hui n'est en somme restreint que pour la partie mathématique. On pourrait aussi bien lui donner le nom de baccalauréat *développé pour les sciences naturelles*. Car, en somme, on ne fait que remplacer une épreuve de mathématique

pour l'épidémie de Moscou en 1840, à Spengler (épidémie d'Herborn, 1851-1852) et à Fehr (à Heidelberg, en 1877), ils ne paraissent guère avoir été plus explicites, si nous en croyons l'assertion de M. Franz Penzoldt dans le travail cité plus haut et publié en 1878. M. Penzoldt, en effet, faisait remarquer qu'il n'avait trouvé dans les auteurs allemands aucune description de cette forme d'oreillons.

Depuis l'année 1876, il est vrai, les observations se sont multipliées au moins en France. Et M. Penzoldt semble avoir ignoré les faits analogues qui ont été relatés, soit par Chanvin (RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE MILITAIRES, 1876, p. 474), soit par Daniel Lamotte (Thèse de Montpellier, 1877), soit par Sorel (dans le RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE MILITAIRES, en 1878).

Puis est venu Granier dans le LYON MÉDICAL, en 1879.

Enfin, le docteur Amodru, cité par M. Machado, aurait noté quatre fois les oreillons sous-maxillaires sur 19 cas d'oreillons pendant une épidémie qui a sévi dans un pensionnat de demoiselles.

M. Laveran a eu lui-même plusieurs fois l'occasion d'observer la localisation des oreillons sur les glandes sous-maxillaires, les parotides restant indemnes, entre autres dans le fait suivant :

« Un malade entre au Val-de-Grâce le 2 avril 1876 pour une rougeole légère. Dans la nuit du 4 au 5 avril, les régions sous-maxillaires se tuméfient. Le 5, au matin, on trouve dans ces régions des tumeurs de forme allongée, assez dures et douloureuses à la pression ; les régions parotidiennes sont parfaitement libres ; il n'y a ni tuméfaction, ni douleur à la pression. Les tumeurs sous-maxillaires augmentent de volume jusqu'au 7 avril, puis entrent en voie de décroissance. Le diagnostic d'oreillons, qui avait été porté, pouvait paraître douteux à cause de l'immunité des parotides, on pouvait soutenir, malgré la forme caractéristique des tumeurs qui dessinaient exactement les glandes sous-maxillaires, qu'il y avait en tout simplement une double adénite, lorsque le 9 avril les deux testicules se tuméfièrent et devinrent douloureux ; en même temps la température montait à 40 degrés, puis à 41 degrés ; malgré l'existence d'une orchite double, et bien que le traitement ait été peu énergique repos au lit, diète, eau de Sedlitz, 2 verres), la défervescence se produisit le quatrième jour et les testicules revinrent rapidement à l'état normal.

On voit que dans ce cas les oreillons sous-maxillaires se sont compliqués d'une orchite double ; cette complication n'avait pas été signalée jusqu'ici par les auteurs qui ont publié des cas d'oreillons localisés dans les glandes sous-maxillaires, mais elle n'a rien de surprenant, puisque les oreillons sous-maxillaires sont de même nature que les oreillons réguliers des glandes parotides. »

En 1879, ajoute M. Laveran, nous avons recueilli à Biskra deux observations d'oreillons des glandes sous-maxillaires sur des indigènes du 1er régiment de tirailleurs algériens, le bataillon auquel appartenaient ces hommes venait de Sétif, où les oreillons régnaient au moment du départ.

M. Laveran termine cette partie de son travail en disant que les oreillons des glandes sous-maxillaires et sub-linguales ont été souvent confondus, soit avec l'adénite sous-maxillaire, soit avec le phlegmon du plancher de la bouche ou phlegmon sus-hyoïdien. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce sujet, à propos de l'épidémie de 1887.

DEUXIÈME ÉPIDÉMIE (1881).

La première épidémie à laquelle nous avons assisté avait débuté à la fin du mois de juin de l'année 1875 ; elle sévit dans toute son intensité durant l'été (ce qui contredirait l'opinion de quelques auteurs qui semblent accuser les saisons froides de favoriser, sinon de produire, les épidémies d'oreillons), puis se continua en s'affaiblissant jusqu'au printemps suivant. En 1881, nous avons eu à Commentry une nouvelle épidémie d'oreillons, mais bien moins intense que celle de 1875-1876, et de moins longue durée. Ayant débuté à la fin de l'hiver, elle était terminée avant la fin du printemps ; elle ne dura donc que trois mois, de février à mai.

Trois cas de métastase testiculaire, dont deux observés par un de mes confrères, M. Aucopt, à Villefrancbe, dans une même maison, chez le père et le fils, et un cas assez sérieux que j'ai personnellement eu à soigner chez un jeune homme de 19 ans (auquel je finis par faire appliquer des sangsues sur le trajet du cordon), furent seulement constatés.

Je n'ai noté cette fois aucun cas d'oreillon sous-maxillaire isolé. D'ailleurs, je n'ai eu connaissance que d'environ 74 cas dans cette épidémie ; 37 m'ont été signalés par mes confrères, les 37 autres je les ai observés personnellement dans ma clientèle.

---

par une composition écrite sur l'histoire naturelle. Voilà donc un coup d'épée dans l'eau.

***

Un autre coup d'épée dans le même élément n'était-il pas donné plus récemment par les promoteurs d'un projet d'attribution aux *Facultés des Sciences* (1) de l'Enseignement des sciences physiques et naturelles départi jusqu'ici dans nos Facultés de médecine ?

A dire vrai, si l'on juge les choses telles qu'elles se passent actuellement, les auteurs du projet ont raison. En considérant les cours de cette catégorie des sciences tels qu'ils se font dans nos Facultés de médecine, ils sont presque tous une superfétation.

En vain le professeur de chimie, s'appelle-t-il professeur de chimie médicale, en vain le professeur de botanique et de zoologie est-il dénommé sur les affiches professeur d'histoire naturelle médicale, le professeur de chimie médicale enseigne la même chimie et de la même manière qu'on l'enseigne à la Sorbonne ou au Collége de France, le professeur de botanique ne fait pas de grands changements dans son cours lorsqu'il le professe à la fois à l'Ecole des Mines, par exemple, et à l'Ecole de Médecine, et presque dans toutes nos Facultés médicales ; il en est de même pour la Physique. Je me garderais de blâmer les titulaires de ces chaires.

Physiciens, chimistes, naturalistes, ils le sont ; mais ils ne sont pas assez médecins. Ils comprennent et ils enseignent l'objet de leurs études en naturalistes, en chimistes, en physiciens. Ils oublient trop volontiers que leurs élèves sont censés connaître, de par leur titre de bachelier ès-sciences, la botanique, la chimie et la physique proprement dites. Sans doute ils ont presque toujours de bons motifs pour considérer leurs élèves comme des ignorants, à ce point de vue. Mais, en vérité, ils ne devraient pas chercher à enseigner autre chose que les applications à la médecine de sciences supposées connues, à tort ou à raison, mais surtout à tort.

Donc, le meilleur moyen de justifier l'existence dans les Facultés de médecine des chaires d'Histoire naturelle, de physique et de chimie, c'est d'en faire *réellement* des chaires de chimie *médicale*, de physique *médicale*, etc. Et peut-être alors les étudiants

(1) On pourra consulter à ce sujet le Rapport de M. Folet (de la Faculté de médecine de Lille), et point par point les motifs du projet (Danel, 1887).

Je mentionnerai parmi ces derniers cas d'oreillons un cas de véritable kyste salivaire avec œdème de toute une moitié de la face; je crus à un abcès sous-muqueux siégeant à la joue; il s'agissait d'un enfant de six mois, et je fis une incision au niveau de l'arcade alvéolaire supérieure du côté droit. L'incision ne donna issue qu'à un liquide séreux, transparent, ressemblant à la salive. Le lendemain, l'œdème était disparu, mais la région parotidienne gauche était engorgée, ce qui posa le diagnostic.

En 1875, quelques personnes adultes m'avaient affirmé avoir eu les oreillons dans leur jeune âge. En 1881, j'avais vu deux récidives chez deux enfants de 8 à 12 ans, plus chez un troisième douteux, qui m'ont rappelé ou plutôt dont les parents m'ont rappelé que je les avais soignés en 1875 pour cette même affection.

On voit par là combien la question de la récidive est difficile à résoudre scientifiquement pour une maladie aussi bénigne que l'est habituellement l'affection ourlienne et passant si aisément inaperçue. En tout cas, on peut affirmer la rareté relative de la récidive des oreillons, au moins chez les sujets qui ont eu une première atteinte sérieuse, car ceux-là surtout se souviennent.

(A suivre.)

ANATOMIE

La région sous-glottique du larynx (1).

Par M. le professeur E. Masse.

Le larynx est un organe qui a été, certes, bien étudié par les anatomistes et les physiologistes, et je vais vous paraître bien osé en venant ici vous présenter quelques considérations sur la conformation de cet organe, qui paraît être aujourd'hui si connu.

Mes recherches ont porté sur une région spéciale du larynx, relativement délaissée, *la région sous-glottique*, celle qui est comprise entre la corde vocale inférieure et le bord inférieur du cartilage cricoïde. Je signalerai les rapports de cette région avec la partie supérieure de la trachée, et avec la glotte proprement dite et ses ventricules. Je dirai un mot en passant du vestibule de la glotte.

Une des méthodes d'étude qui m'a paru la plus utile pour connaître la partie du tube aérien qui est destinée à l'émission de la voix, est celle des injections des cavités du larynx à l'alliage d'Arcet. Connaître les tuyaux sonores où se produisent et où se renforcent les sons, me paraît indispensable pour l'étude d'une question dans laquelle entrent pour une bonne part des questions de physique et de mécanique.

Ce qu'il y a de particulier dans l'instrument plus ou moins musical que nous possédons et dont nous nous servons plus ou moins bien, ce sont les variations de forme que nous pouvons lui imposer d'une façon instinctive. La forme des cavités résonantes ou parlantes du larynx peut changer, et nous arrivons ainsi à moduler les sons par un procédé analogue à celui qu'emploie un instrumentiste qui joue d'un instrument à vent et qui modifie par divers artifices les conditions physiques des tuyaux dans lesquels il cherche à produire des sons plus ou moins harmonieux. Toutes les régions du larynx peuvent subir ainsi des modifications de forme et de volume :

Le vestibule de la glotte par l'abaissement de l'épiglotte, les mouvements de bascule de l'arythénoïde et la contraction des muscles arythénoïdiens.

La glotte, par le rapprochement ou l'éloignement des cordes vocales.

Les ventricules se laissent plus ou moins distendre par l'air. Enfin, la région sous-glottique elle-même n'échappe pas à des modifications de forme et de volume.

Limitée supérieurement par la glotte, cette région subit les conséquences de toutes les variations de forme de cet orifice.

A la limite inférieure de la région sous-glottique, il y a cependant un segment de la cavité sous-glottique du larynx dont le calibre est relativement fixe; cette région est comprise en partie dans l'anneau cricoïdien. Elle a une hauteur de 6 millimètres environ; elle est limitée par un plan passant par le bord inférieur du cartilage cricoïde et par un deuxième plan passant par le bord supérieur et antérieur de ce même cartilage.

La partie postérieure de la région sous-glottique a une limite fixe formée par la partie postérieure du cartilage cricoïde, mais, en avant, des changements de forme assez étendus

(1) Communication faite au Congrès de Toulouse, section des sciences médicales, le lundi 26 septembre 1887.

arriveraient-ils à ne plus considérer ces cours comme tout-à-fait accessoires.

***

Si nous parlions un peu des Congrès dont ces derniers mois ont foisonné, sans parler des Congrès régionaux d'Angleterre, d'Allemagne, d'Italie, d'Espagne, etc., nous pourrons constater d'abord le succès du Congrès de Toulouse. Ici nous avons eu un excellent discours du maire de Toulouse, et une belle conférence de M. J. Rochard, le plus brillant, le plus facond, le plus exubérant improvisateur que l'on puisse imaginer. Et correct avec cela! et des plus instruits, et très judicieux.

***

En Autriche-Hongrie, à Vienne comme à Buda-Pesth, quel succès pour l'hygiène! C'est pour de bon que la science hygiénique s'affirme enfin comme puissance avec laquelle les Etats seront désormais obligés de compter. M. Brouardel l'a dit très hautement, et on l'a applaudi.

Et cependant l'Association française pour l'avancement des sciences, qui depuis trois ou quatre ans avait créée une section spéciale pour l'hygiène, a semblé vouloir reculer à Toulouse. N'y a-t-on pas demandé que l'hygiène rentre dans le giron de la médecine? Au fond, les Congressistes de Toulouse n'ont peut-être pas tout-à-fait tort.

***

A Washington, le grand Congrès international de médecine semble n'avoir pas eu le succès qu'on en attendait. D'une part, on y a remarqué l'abstention systématique des plus considérables notabilités médicales des Etats-Unis, d'autre part le peu d'empressement des médecins de *l'ancien monde* à se rendre à un Congrès transatlantique, et enfin aussi l'affluence dans les sections de communications sans importance, l'immixtion d'un grand nombre de médecins avides de bruit plus que de science vraie. En somme, un vrai *fiasco*. Puissent les futurs Congrès médicaux ne pas se ressentir des mécomptes du Congrès de Washington! Puisse l'avenir de la médecine ne pas en ressentir le contre-coup!

***

Il paraît qu'en Allemagne l'exercice de la médecine est tellement encombré, que l'*Union générale des médecins* a envoyé une

sont possibles alternativement par distension au niveau de la membrane crico-thyroïdienne ou par bascule et rapprochement des cartilages cricoïdes et thyroïdes à ce même niveau.

La cavité sous-glottique du larynx a des changements de capacité et de forme dont il nous faut, je crois, tenir grand compte. La muqueuse de cette région est forcément dépendante de tous les mouvements qui s'exécutent au niveau de la glotte, et si les lèvres de la glotte interligamenteuse se rapprochent, si la glotte inter-arythénoïdienne s'efface, la muqueuse sous-glottique doit suivre en partie ces mouvements.

La cavité sous-glottique tendra à s'effacer de haut en bas, et de dehors en dedans. Elle s'aplatira transversalement, s'effilant de bas en haut pour former une espèce de figure dont la partie inférieure cylindrique irait en se rétrécissant transversalement pour arriver à se toucher presque, en interceptant un orifice linéaire à direction antéro-postérieure.

Rien ne peut donner une meilleure idée de ce qui se passe-là que ce qui se produit dans un tube de caoutchouc que l'on presse entre deux doigts à une de ses extrémités pour en intercepter plus ou moins le calibre.

Cette cavité, presque cylindrique à certains moments, tend à devenir conique, le cône dont il s'agit ayant la base en bas et le sommet en haut. La trachée elle-même, dans son ensemble, est soumise à des changements de formes; elle peut être distendue par l'air, et c'est alors un tube alternativement renflé et rétréci.

L'élévation du larynx tout entier, en étirant le tube trachéal, modifie son calibre en mettant en jeu l'élasticité de cet organe. On a prétendu qu'elle s'accordait ainsi pour les sons qu'elle devait renforcer. La trachée est un organe presque cylindrique dans son ensemble quand elle est distendue par l'air, mais à la partie supérieure, au point de jonction de la trachée et du larynx, dans une hauteur d'environ deux centimètres, le tube aérien affecte la forme d'un cône tronqué dont la base correspond au troisième anneau de la trachée et le sommet tronqué cylindrique au bord inférieur du cartilage cricoïde, à la partie inférieure de la région sous-glottique.

La cavité sous-glottique du larynx a donc un volume variable qui est à noter, si l'on considère cette région comme partie résonnante des voies aériennes. Les changements de capacité de cette cavité ont encore pour résultat de régler le mode d'écoulement de l'air à travers les lèvres plus ou moins écartées de la glotte.

La plupart des physiologistes se sont surtout occupés des vibrations des cordes vocales inférieures. On a considéré ces cordes vocales comme des anches membraneuses plus ou moins minces au niveau de leurs bords, et susceptibles de vibrer comme le feraient deux membranes de caoutchouc tendues horizontalement sur un cylindre en bois ou en verre et plus ou moins rapprochées.

Mais les cordes vocales humaines représentent-elles bien ce mode d'agencement? Le tube porte-vent, situé au-dessous des cordes vocales inférieures, ne représente pas une membrane mince. Ces cordes vocales et la muqueuse qui les recouvre ne s'accolent pas seulement par des bords, mais elles tendent à se rapprocher par des faces.

La muqueuse sous-glottique ne vibrerait-elle pas tout entière, ainsi que l'affirmait Bataille? Ce laryngologiste attribuait le registre de poitrine à des vibrations d'ensemble de la muqueuse sous-glottique; il y a là une question fort intéressante au point de vue physiologique, et que je livre aux méditations des physiologistes et des spécialistes.

L'écoulement de l'air, vigoureusement poussé par la double soufflerie pulmonaire à travers l'arbre aérien, parcourt des parties successivement dilatées et rétrécies, qui sont des cavités résonnantes qui peuvent donner certaines qualités aux sons laryngiens.

On peut se demander même si la forme du porte-vent sous-glottique ne concourrait pas à l'émission et aux modulations des sons fondamentaux qui constituent la voix humaine.

La forme de la cavité sous-glottique du larynx au moment de l'émission de la voix n'est certainement pas sans influence sur les vibrations de l'air qui traverse cet orifice rétréci, pour arriver dans des cavités plus larges dans les ventricules et dans le vestibule du larynx.

La question, autrefois si discutée de la théorie des anches membraneuses, est-elle absolument un axiome indiscutable? Ne peut-on pas demander encore une révision des anciennes opinions émises par Dodart, Savard, Biot, Liscovius, Longet, Helmoltz et Mandl?

Les dimensions de l'orifice de la fente glottique ne sont-elles pas aussi importantes que la longueur ou la tension des cordes vocales?

---

circulaire à tous les directeurs de Gymnases (collèges et lycées) « les invitant à détourner leurs élèves d'une carrière où les chances de prospérité sont maintenant si restreintes. »

Le journal de Bruxelles auquel nous empruntons la relation de ce fait, ajoute les réflexions suivantes : « Cette circonstance nous explique pourquoi tant de médecins franchissent le Rhin pour venir s'établir en Belgique au préjudice de nos médecins nationaux qui, hélas! ne sont déjà que trop nombreux et ne peuvent plus guère faire fortune. »

Ah! s'il n'y avait que la seule Belgique qui soit envahie!

***

Notre siècle a bien décidément ce que l'on pourrait appeler la passion documentoire. Ainsi en changeant de sujet, en passant aux Beaux-Arts, en voici un nouvel exemple :

Qui ne connaît au moins de réputation la *Leçon d'anatomie*, ce chef-d'œuvre de Rembrandt, ce joyau du musée de La Haye! On sait que ce tableau date de 1632, fort peu de temps après l'installation de Rembrandt à Amsterdam, et qu'il représente une leçon du docteur Nicolas Tulp (Tulpius) qui, échevin de la ville, y protégeait ses débuts. On cite les noms des auditeurs; mais un jeune et laborieux médecin hollandais, M. Thijsen, qui a consacré, il y a cinq ans, sa thèse de doctorat à Nicolas Tulp, a obtenu un résultat plus remarquable encore; il a établi le nom du cadavre.

Cela paraît « singulier à première vue, lisons-nous dans la PRESSE MÉDICALE BELGE, c'est qu'en dépit du privilège de Philippe II, on n'avait pas des corps à disséquer à discrétion; il fallait attendre la bonne fortune d'une pendaison. Le docteur Thijsen a retrouvé aux archives d'Amsterdam un véritable livre de saison tenu par le collège des chirurgiens d'Amsterdam, sous le nom de *Livre d'Anatomie* et qui est justement intact depuis 1631; il y est pris note de tous les cadavres obtenus; diverses pièces confirment qu'il n'y en a pas eu d'autres. Or, en 1632, Tulp, *prœtector et anatomicus*, n'eut qu'un cadavre à disséquer, le 31 janvier, celui du du pendu Adriaan Adriaanszn, dit *Het Kint*, âgé de 28 ans, né à Leyde. Cette constatation n'est pas aussi puérile qu'elle en a l'air, car, si Tulp n'avait pas le choix des cadavres, son peintre ne l'avait pas non plus, au moins pour les observer sur la table de dissection; le ventre et les jambes, sur lesquels on a tant discouru,

Faut-il appliquer à la voix humaine la théorie des tuyaux sonores, ou celle des instruments à anches membraneuses?

Y a-t-il place pour une opinion mixte? Ce sont là des problèmes posés, qui sont de nature à stimuler le zèle des physiologistes. Pour ma part, je suis porté à croire que la tension des cordes vocales se joint à l'intensité plus ou moins grande du courant d'air expiré dans la production du son fondamental du larynx et dans ses diverses modulations.

L'air est ici le corps sonore, c'est incontestable; mais les vibrations de l'air sont-elles réglées par les vibrations de cordes vocales, ou bien les dimensions plus ou moins exiguës de l'orifice inter-glottique? Ce sont là des questions nouvelles à résoudre.

L'air qui s'échappe en vibrant à travers les cordes vocales inférieures passe dans une cavité plus large par ses prolongements latéraux, celle de la glotte proprement dite et des ventricules; il doit, pour pénétrer dans le vestibule de la glotte, ébranler les cordes vocales supérieures qui lui opposent un certain obstacle. Le vestibule de la glotte est relativement plus large; mais, pour passer dans le pharynx, il y a encore un orifice à dimensions variables compris entre les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse inter-aryténoïdienne et l'épiglotte elle-même. L'air se dilate alors plus à l'aise dans le pharynx, d'où il passe par deux orifices à dimensions variables, d'une part dans l'arrière cavité des fosses nasales, les fosses nasales et le sinus; d'autre part, dans la cavité buccale. Il arrive enfin au dehors par des orifices encore à dimensions variables, l'ouverture des narines et la bouche.

Je n'ai pas à insister ici sur les variations de capacité des cavités pharyngiennes et buccales.

Les cavités du pharynx s'effacent plus ou moins par la contraction de leurs parois; elles s'agrandissent par l'élévation du larynx. La cavité buccale change de forme par les divers mouvements de la langue et la contraction des joues.

Toutes ces cavités ont leur capacité modifiée à certains moments de la phonation, de la respiration et de la déglutition, et elles sont séparées les unes des autres par des orifices qui peuvent modifier leur calibre et changer ainsi le mode d'écoulement de l'air qui les traverse. Nous n'avons en aucune façon l'intention de nous occuper de tous les problèmes complexes de physiologie qui sont afférents aux variations de capacité des cavités résonnantes des voies aériennes, dans lesquelles on trouve une application de l'ingénieuse théorie d'Helmoltz.

L'air vibrant et passant dans ces cavités alternativement rétrécies et dilatées, on comprend l'importance d'une étude plus exacte des orifices qui règlent son mode d'écoulement.

J'ai hâte de revenir au sujet qui fait l'objet spécial de ma communication : *La cavité sous-glottique du larynx*

Cette cavité, avons-nous dit, a un volume variable dans ses trois-quarts supérieurs par le rapprochement des cordes vocales inférieures et de la muqueuse sous-glottique; elle change aussi de capacité par les mouvements de bascule du cartilage cricoïde et du cartilage thyroïde. Par le rapprochement des cartilages cricoïde et thyroïde en avant, la membrane crico-thyroïdienne cessant alors de pouvoir se distendre dans cette direction, pour se prêter à une augmentation de calibre de cette région de la cavité sous-glottique.

La muqueuse sous-glottique est doublée d'un tissu cellulaire lâche, qui se prête aux diverses variations de capacité de cette région des voies aériennes, et c'est ce qui nous permet de comprendre qu'elle puisse si facilement changer de forme.

Les injections à l'alliage d'Arcet, dont j'ai l'honneur de vous montrer un spécimen, montrent avec assez d'exactitude la forme de la région qui nous occupe; on peut les faire, la glotte entièrement ouverte ou fermée, et il est facile sur deux larynx appartenant à des sujets de même âge, de se faire une idée exacte des variations de forme et de capacité de cette cavité dans les diverses positions des cordes vocales.

Si l'on remplit de mercure un segment de trachée et la cavité sous-glottique du larynx jusqu'au niveau des cordes vocales inférieures, on peut juger des variations de capacité de la région sous-glottique par les variations de niveau de mercure qui se produisent en rapprochant ou en éloignant les cordes vocales inférieures. On peut rendre ce phénomène plus évident en maintenant sur le mercure un petit flotteur gradué.

La cavité sous-glottique est conique par le rapprochement des cordes vocales, mais elle tend à prendre la forme cylindrique dans la dilatation complète de la glotte. C'est ce que démontrent nettement mes injections à l'alliage d'Arcet.

On se ferait une idée assez exacte de la cavité sous-glottique en la considérant comme formée dans son 1/4 inférieur par un segment de cylindre surmonté dans ses 3/4 supérieurs d'un cône qui peut se transformer, dans certaines circons-

---

étaient apparemment le ventre et les jambes de « Het Kint », et l'on ne discute pas la puissance de l'impression. »

***

Je ne voudrais pas clore ce feuilleton sans adresser un mot de condoléance à ce digne confrère, à ce vrai philanthrope, au docteur Charles Passant. Perdre un fils de 22 ans que l'on voit toucher au doctorat, un fils que l'on destinait à continuer les traditions d'honneur et de dignité professionnelles dont son père a toujours été le salutaire exemple. Et le perdre dans des conditions si douloureuses! Brûlé, loin de sa famille, à Lille, où il était médecin auxiliaire du 43e de ligne, brûlé dans une pièce fermée, sans secours, au milieu de la nuit. Et dire que le docteur Passant est l'apôtre et a été le promoteur à Paris de ce service si important déjà des secours médicaux de nuit! Décidément, il est des coïncidences qui semblent une ironie du sort et ajoutent à l'énormité d'un malheur. Pauvre père!

D[r] PETER-PAUL SOMANS.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS.—M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies des enfants le samedi 5 novembre 1887, à dix heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Mardi, leçon clinique dans les salles; jeudi, leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire; samedi, leçon à l'amphithéâtre.

Les lundis, mercredis et vendredis, sont consacrés : le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles; le mercredi, à l'électrothérapie; le vendredi, aux maladies de la peau.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. Boissard et P. Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 7 novembre à quatre heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, n° 5.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons.

Pour les renseignements, s'adresser :

M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare.

M. Paul Berthod, 17, place de la République.

tances, en un cylindre de même base et de même hauteur. La partie supérieure de la région sous-glottique, celle qui est surtout à capacité variable, a pour base une circonférence de 18 à 20 millimètres; elle a une hauteur de 22 à 24 millimètres.

Pour nous faire une idée exacte de cette région, nous aurions à calculer tantôt la capacité d'un cylindre de 18 à 20 millimètres de diamètre à sa base et d'une hauteur de 22 à 24 millimètres, tantôt la capacité d'un cône de même base et de même hauteur. Dans la région à capacité invariable, située à la partie inférieure de la région sous-glottique, il y a un segment de cylindre de 20 à 22 millimètres de hauteur.

Au point de vue chirurgical et pathologique, la région sous-glottique du larynx est des plus importantes.

L'épaississement, le gonflement par de l'inflammation et de l'œdème de la muqueuse de cette région, l'oblitération de son calibre par des produits pseudo-membraneux ou par des tumeurs, peut avoir des conséquences des plus graves sur la phonation et la respiration.

Le chirurgien a grand intérêt à être très exactement fixé sur les dimensions et la forme de cette région, au niveau de laquelle il doit quelquefois opérer. Le volume des canules doit être calculé aussi exactement que possible sur les dimensions des voies aériennes; en ce point, le calibre de la région sous-glottique du larynx se distingue très nettement du calibre de la trachée proprement dite. Les moulages du larynx nous fournissent sur ce point des renseignements des plus utiles.

L'examen attentif du moulage du larynx éclairera le chirurgien qui serait désireux de mettre en pratique une opération française, abandonnée avec dédain et qui nous revient aujourd'hui d'Amérique, *le tubage de la glotte*.

Le moule du larynx nous sera d'un grand secours pour nous montrer la direction à prendre pour pénétrer facilement dans la cavité de cet organe. Le tubage du larynx, vous le savez tous, Messieurs, est une opération que nous devons à notre compatriote *Bouchut*.

Ce qui est arrivé pour cette opération me rappelle ce qui est arrivé à d'autres méthodes opératoires, bien françaises aussi, à leur origine, mais dédaignées à leur début et qui nous sont revenues de l'étranger. avec le prestige d'un certain cachet exotique, le raccourcissement des ligaments ronds, par exemple *l'opération d'Alquier*, qui est devenue l'opération d'*Alexander-Adam*.

Deux Américains se disputent entre eux la primeur d'une opération dont nous devons faire remonter tout le mérite à un Français, un de mes anciens maîtres de la Faculté de Montpellier, le professeur Alquier.

L'opération de *Létiévant* est devenue l'opération d'*Estlander* et ainsi de suite. Sans être trop chauvin, il est bon de ne pas laisser empiéter sur nos droits par l'étranger, qui n'est que trop porté du reste à se laisser aller dans cette voie, où ne l'arrête pas sa délicatesse.

Nous sommes trop portés, pour faire preuve d'érudition, à citer les auteurs étrangers et à oublier par *modestie*, et quelquefois par *jalousie*, il ne faut pas craindre de le dire, nos compatriotes, nos collègues eux-mêmes.

La petite étude que je viens d'ébaucher est loin d'être complète; mais mon but sera atteint si j'ai appelé votre attention sur une région un peu délaissée du larynx, peut-être parce qu'elle n'est pas visible au laryngoscope; si je vous ai montré les ressources que l'on peut tirer pour cette étude des injections à l'alliage d'Arcet, pour apprécier les différentes formes de cette région, dans les différentes positions des cordes vocales inférieures.

Enfin, si je vous ai montré au point de vue anatomique, physiologique, pathologique et chirurgical, l'utilité de mes recherches. Nul doute qu'il n'y ait encore à faire, soit pour d'autres, soit pour moi-même, en approfondissant ce sujet. J'ai cru cependant, bien que mes études sur ce sujet soient encore bien incomplètes, qu'il pouvait être intéressant de soumettre à votre discussion et à vos avis éclairés, ce petit point de l'anatomie du larynx.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

UN CAS DE DYSPNÉE PSEUDO-ASTHMATIQUE DANS LE COURS D'UN CANCER DU PHARYNX, par M. F. LEGUEU, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Les troubles dyspnéiques en général ne sont pas un fait rare dans le cours du cancer du pharynx et la plupart de ces néoplasmes déterminent, à une certaine période de leur évolution, du côté de l'orifice supérieur des voies aériennes, des phénomènes d'occlusion mécanique, qui se manifestent par une dyspnée souvent mortelle. C'est la tumeur elle-même qui, volumineuse et saillante, s'applique sur l'orifice supérieur du larynx et s'oppose au passage de l'air, ou bien c'est un œdème collatéral, qui s'étend à la glotte et emporte rapidement le malade. D'autres fois, enfin, les troubles dyspnéiques sont dus à des masses ganglionnaires, qui exercent sur la partie supérieure de la trachée une compression énergique. Dans tous ces cas, la trachéotomie faite à temps rend au malade la liberté des voies aériennes dont il était privé, et, supprimant la dyspnée, pare au danger de l'asphyxie imminente. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître, M. le docteur Gouraud, un cas de cancer du pharynx, où la mort est survenue à la suite de phénomènes dyspnéiques que la trachéotomie ne parvînt pas à supprimer et que l'autopsie ne nous permît de rattacher à aucune des causes habituellement observées en pareil cas.

Voici, d'ailleurs, l'observation de notre malade :

La nommée X... (Marie), âgée de 52 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, entre le 13 décembre 1886 dans le service de M. le docteur Gouraud à l'hôpital Cochin, pour des douleurs vagues dans les jointures. Il y a déjà plusieurs hivers qu'elle souffre dans les petites articulations et elle présente les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux; un traitement en conséquence est institué.

Dans le courant du mois de janvier, c'est-à-dire un mois environ après son entrée à l'hôpital, la malade est prise un matin d'une gêne de la respiration que rien jusqu'alors n'avait fait prévoir.

L'examen attentif de tous les viscères ne démontre rien d'anormal, les urines ne contiennent pas d'albumine. La gêne de la respiration s'accompagne du sifflement caractéristique de l'obstacle laryngien et dans l'espace d'une demi-heure la dyspnée prend des proportions si inquiétantes que M. Th. Anger, soupçonnant un cancer du larynx ou du pharynx, jugea urgent de pratiquer immédiatement la trachéotomie. L'opération fut pratiquée sans chloroforme et la dyspnée cessa avec l'introduction de la canule dans la trachée.

Les jours suivants, le calme consécutif à l'opération se main-

tenait, mais la malade appelait notre attention sur l'existence de deux ou trois ganglions sous-maxillaires engorgés à gauche seulement et qui jusqu'à ce jour avaient passé inaperçus.

L'arrière-bouche, le voile du palais, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, ne présentent à la vue aucune lésion appréciable : l'examen au laryngoscope donne également un résultat négatif ; d'ailleurs, la malade n'a jamais présenté aucun trouble de la voix. Mais en introduisant l'index dans le pharynx, on sent très bien au-dessus du bord inférieur du voile du palais et sur la paroi latérale gauche une induration en plaque et dont il est impossible d'apprécier l'étendue. L'état général cependant est resté très bon et les troubles fonctionnels très peu marqués, un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire et un peu de dysphagie.

2 février. — La malade est prise dans la journée et sans cause occasionnelle appréciable d'un accès de dyspnée analogue au premier. L'accès s'annonce par une sensation de constriction dans la poitrine, accompagnée d'une anxiété considérable, et la respiration devient de plus en plus difficile. L'inspiration est lente et pénible, l'expiration plus pénible encore, plus prolongée que l'inspiration. Les mouvements respiratoires se font 25 fois par minute, et, malgré cela, la malade étouffe. Assise sur son lit, à chaque respiration la tête se penche en arrière, les épaules s'élèvent convulsivement, la bouche s'entr'ouvre légèrement, et l'expression de la face reste anxieuse. En même temps, les lèvres se cyanosent et les extrémités se refroidissent.

Pendant tout ce temps, l'examen maintes fois répété de la canule trachéale, nous montre qu'elle est absolument libre, et l'auscultation des poumons ne laisse entendre que quelques râles sonores disséminés avec quelques frottements-râles aux deux bases pulmonaires. Le cœur ne présente aucun bruit anormal, le pouls est petit, mais accéléré.

Ventouses sèches sur la poitrine, injections d'éther, trois gouttes de nitrite d'amyle à respirer.

Au bout d'une demi-heure, la malade se sent moins gênée, la respiration commence à se faire librement, la cyanose disparaît et tout rentre dans l'ordre.

28 février. — Des accès de dyspnée se sont répétés tous les deux ou trois jours, avec les mêmes caractères, la même soudaineté que les premiers. Survenant tantôt le jour, tantôt la nuit, ils débutent sans cause appréciable : leur durée est toujours d'un quart d'heure au moins, d'une demi-heure au plus. A aucun moment, nous n'avons pu constater pendant ces accès quelque signe stéthoscopique important, et, dans l'intervalle, la malade, qui a toujours intacte sa canule, ne se ressent de rien et respire très librement.

Depuis quelques jours cependant, la dysphagie a augmenté au point que la malade ne peut plus avaler d'aliments solides, la salive même est difficilement avalée et s'écoule incessamment à l'extérieur, avec de gros crachats purulents, d'une fétidité repoussante et qui proviennent du pharynx.

A partir du 10 mars, les crises dyspnéiques deviennent de plus en plus fréquentes ; elles augmentent aussi de violence et de durée et la mort survient au paroxysme d'un de ces accès le 20 mars, à une heure de l'après-midi.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — Cancer du pharynx siégeant sur la paroi latérale gauche, un peu au-dessus du bord inférieur du voile du palais et se prolongeant en arrière jusque sur la paroi postérieure. En un point, la paroi est perforée, et il existe entre les vertèbres superficiellement altérées et la paroi pharyngienne une petite cavité remplie de quelques grammes d'un liquide purulent d'une odeur très fétide.

La totalité de l'épaisseur de la paroi pharyngée est envahie et le *pneumo-gastrique ainsi que le laryngé supérieur du côté gauche adhèrent à la tumeur*, à laquelle ils sont réunis par une gangue celluleuse indurée.

La trachée est absolument libre ainsi que le larynx.

Pas d'adénopathie trachéo-bronchique.

Congestion hypostatique des deux poumons, avec un léger degré d'emphysème au sommet.

Quelques fausses membranes sur les plèvres.

Rien au cœur.

Rien au cerveau.

Reins normaux.

Ainsi donc aucune des causes habituelles de la dyspnée dans le cancer du pharynx ne peut être invoquée pour le cas actuel. Le larynx et la trachée étaient libres, les poumons sans lésions primitives, mais le pneumo-gastrique, au niveau de l'origine du laryngé supérieur, faisait comme partie de la tumeur, et c'est à l'irritation de ce nerf par la tumeur voisine que nous demanderons l'interprétation des phénomènes observés.

Si nous comparons en effet les symptômes qu'a présentés notre malade aux résultats fournis par l'excitation expérimentale des pneumo-gastriques, nous trouvons plus qu'une simple analogie, une ressemblance absolue.

La dyspnée était intermittente ; c'était de la dyspnée asthmatique avec ses caractères et ses formes, c'était une dyspnée type par irritation du pneumo-gastrique. Sans doute l'interprétation que nous nous proposons peut prêter à discussions, parce que le critérium absolu de l'irritation nerveuse fait défaut. Mais les faits de ce genre ne sont pas rares, et, sans sortir de la sphère du pneumo-gastrique, qu'il nous suffise de rappeler l'irritation du récurrent ou du pneumo-gastrique lui-même par un anévrysme de l'aorte, par exemple, avec les troubles vocaux ou dyspnéiques qui peuvent en être la conséquence. Et en dehors de ces faits d'observation courante, il en est d'autres qui se rapprochent beaucoup plus du nôtre ; tel ce cas dont parle Andral, quand il relate l'autopsie d'un homme mort d'une dyspnée que rien n'expliquait et où on trouva les deux nerfs pneumo-gastriques perdus au milieu d'une masse ganglionnaire dégénérée ; de même, Gairdner cite le fait d'un individu dont le pneumo-gastrique était comprimé par une tumeur névromatique et qui était mort d'une dyspnée que rien n'avait pu expliquer ; et Salter, se fondant sur ce cas de Gairdner et sur un cas semblable d'Heherden, admet un asthme symptomatique et cite, parmi les lésions qui peuvent le produire, la compression de l'un des nerfs vagues par une tumeur quelconque.

Nous pouvons donc regarder notre observation comme un cas d'asthme symptomatique venant à l'appui de la théorie pathogénique de l'asthme, de la théorie de l'irritation centripète du nerf vague et du nerf laryngé supérieur. Nul doute que si notre malade eût vécu plus longtemps, nous eussions vu succéder aux phénomènes d'excitation les phénomènes de paralysie par envahissement du nerf lui-même par la tumeur; la paralysie secondaire eût dès lors été la preuve, le critérium de l'irritation primitive.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie

Communications faites à la Section de Chirurgie de la 60e Réunion des naturalistes et médecins allemands, septembre 1887 (1).

I. Sur le pus bleu, par M. Ledderhose. — II. Sur la cure

(1) D'après le Compte rendu paru in : Berliner klin. Wochenschrift, nos 41 et 43.

RADICALE DES HERNIES ABDOMINALES, par M. SCHWALBE (de Magdebourg). — III. SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES CALCULS DU REIN, par le professeur VON BERGMANN (de Berlin). — IV. SUR LES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE L'ÉTABLISSEMENT D'UN TRAJET URÉTHRAL DANS LE RECTUM, par le professeur ROSE (de Zurich). — V. LARYNGO-FISSURE ÉTABLIE POUR CAUSE DE FIBROME VOLUMINEUX DU LARYNX, par M. SCHUCKART. — VI. SUR LES NODOSITÉS RHUMATISMALES, par M. KRUKENBERG (de Bonn). — VII. SUR DES NEURO-FIBROMES PLEXIFORMES, par M. F. FISCHER. — VIII. DE L'INFLUENCE DU PIED-BOT SUR LE DÉVELOPPEMENT DU SQUELETTE DU TRONC, par M. VON MEYER (de Zurich).

I. Les recherches de M. LEDDERHOSE ont eu pour premier objet de déterminer la constitution chimique de la matière colorante du pus bleu. La formule empirique ($C^{14} H^{14} Az^{20}$) qu'il a trouvée répond à celle d'un corps de la série aromatique.

Cette matière colorante, la pyocianine, injectée sous la peau à l'état de chlorhydrate et à doses relativement élevées, n'a pas occasionné de manifestations d'ordre toxique, chez des grenouilles et des pigeons.

Les cultures du bacille qui sécrète cette matière colorante ne contenaient des lamelles métalliques que dans les couches les plus superficielles.

Ce résultat est à mettre en parallèle avec le fait bien connu, comme quoi dans le cas d'une plaie sécrétant du pus bleu, la matière colorante n'imprègne d'habitude que les couches les plus superficielles du bandage. Il y aurait lieu, d'après cela, d'établir une distinction entre la production de la pyocianine et la végétation du bacille qui sécrète cette matière colorante. Ce n'est pas dans le pus, c'est surtout dans le voisinage de la peau, peut-être dans la sueur (ammoniacale) que le bacille trouve les éléments nécessaires à la formation de la matière colorante.

Pflüge et Frænkel ont avancé que le bacille en question n'est point pathogène. M. Ledderhose soutient le contraire. En injectant des cultures de ce bacille à des cobayes et à des lapins, il a vu se former des foyers inflammatoires autour du lieu d'injection ; les animaux périssaient assez souvent. En ensemençant du sang recueilli dans le voisinage de la piqûre ou dans les cavités du cœur, on a réussi à obtenir de nouveau des cultures pures du bacille.

II. M. SCHWALBE a fait connaître les résultats que lui a donnés jusqu'ici l'emploi de son procédé bien connu de cure radicale des hernies abdominales — injections d'alcool à 20 %, pratiquées au voisinage de l'ouverture du sac herniaire.

Pour ce qui est d'abord des inconvénients imputables à ce procédé, ils se réduisent, au dire de M. Schwalbe, à la longue durée du traitement: Pour obtenir le résultat voulu, la sclérose (cirrhose) du tissu cellulaire au voisinage de l'ouverture du sac, il faut répéter les injections chaque jour pendant des mois, voire pendant des années. On évitera les embolies, en se gardant d'injecter le liquide dans des vaisseaux.

La suppuration consécutive est rare ; M. Schwalbe ne l'a vu survenir que neuf fois en tout, sur plus de 5,000 injections qu'il a pratiquées. Dans une première période, celles-ci doivent être faites en dehors du sac; plus tard seulement, on poussera le liquide jusque dans le sac pour en provoquer l'oblitération. La douleur est insignifiante, ainsi que l'auteur a pu s'en convaincre sur lui-même. Dans ces derniers temps, et pour arriver plus vite au but, M. Schwalbe a substitué à l'alcool l'eau distillée bouillante : la tentative a été couronnée de succès.

Résultats. — Nombre de cas traités : 121 hernies (pour la plupart des hernies ombilicales) chez 97 sujets ; guérisons définitives : 80 hernies. Cas de mort, néant.

D'autres chirurgiens, qui ont eu recours à des procédés opératoires différents, ont publié des statistiques où les proportions des cas de décès sont : de 5,6 0/0 (Socin), 1,5 0/0 (Wood), 7,4 0/0 (Leisring). Par contre, Doovel, qui a opéré 69 cas par un procédé qui lui est personnel, n'a pas eu non plus à déplorer un seul cas de mort.

III. Un homme de 54 ans avait eu des accès de coliques néphrétiques, il y a huit et dix ans de cela. Il fit des cures à Carlsbad et à Vichy, à la suite desquelles il a été pendant longtemps débarrassé de ses crises douloureuses. Puis survint un nouvel accès, ayant son point de départ dans le rein gauche, et suivi de l'expulsion d'un calcul. Les douleurs se calmèrent peu à peu, laissant à leur suite de l'anurie. Par le cathétérisme, on acquit la preuve que la vessie du malade ne contenait pas d'urine. L'anurie persista pendant six jours. Dans l'intervalle, le malade a transpiré abondamment, la peau s'est œdématiée. Quant au reste, le malade n'éprouvait pas de grandes incommodités. Le sixième jour, il fut pris de vomissements.

M. von Bergmann diagnostiqua un enclavement de calcul dans le bassinet ou l'uretère gauche, coïncidant avec la suppression fonctionnelle du rein droit, causée par des lésions de vieille date. Il procéda à une néphrotomie à gauche, et ayant trouvé le bassinet vide, il pratiqua le cathétérisme de l'uretère. Il tomba sur une concrétion qui était enclavée à 6 centimètres environ de la naissance de l'uretère. Après dilatation de ce conduit avec des pinces, le calcul fut extrait.

A l'occasion de ce fait, M. von Bergmann a cru devoir recommander de ne pas isoler le rein de son enveloppe celluleuse dans une trop grande étendue, lorsque l'on est appelé à intervenir en pareilles circonstances. Une fois le rein mis à nu, on se frayera un accès vers le bassinet, avec un instrument mousse, et en longeant la face postérieure de la glande. On y arrivera sans difficulté, si l'on fait coucher le patient sur le ventre. Chez son malade, M. von Bergmann a dû en outre dégager l'uretère sur une certaine étendue, avec l'instrument mousse, à cause de la situation profonde qu'occupait la concrétion. Cette partie de l'opération a été également d'une exécution facile, grâce à l'attitude donnée au patient. D'autre part, l'observation clinique apprend que les plaies opératoires du bassinet sont très bien supportées, qu'elles guérissent sans peine sous le pansement (tampon) à l'iodoforme. Chez le sujet dont il a été question, le pansement ne s'est trouvé imprégné d'urine qu'au sixième jour, alors que, au moment de l'incision du bassinet, ce liquide avait jailli en abondance à travers l'ouverture. Dès le sixième jour aussi, le malade émettait par les voies naturelles une urine claire, sans mélange aucun de sang.

M. Czerny estime que, dans les cas de lithiase urinaire, on a, d'une façon générale, une tendance fâcheuse à retarder outre mesure l'intervention chirurgicale en faveur du traitement interne. Et pourtant, la statistique de Morris, qui accuse 3 cas de décès sur un total de 30 opérations de néphrotomie, est très encourageante pour les chirurgiens.

M. Czerny a insisté ensuite sur la grande valeur diagnostique qui revient à la constatation de globules rouges du sang dans les urines, en si minimes proportions que cela soit. Quand on soupçonne la présence de calculs dans les voies urinaires supérieures, il faut recueillir de l'urine rendue à la suite d'exercices corporels un peu soutenus, laisser déposer le liquide, et chercher dans le sédiment des globules rouges. En cas de résultat positif, le diagnostic gagne beaucoup en assurance.

M. Czerny a pratiqué la néphrotomie chez une jeune fille de 20 ans, qui depuis son enfance souffrait dans un côté. Après extraction d'un calcul hors du bassinet, M. Czerny a réuni les lèvres de la plaie à l'aide de cinq points de suture; cicatrisation par première intention. Dans un autre cas de lithiase rénale avec signes de pyélo-néphrose, il a fallu procéder à la néphrectomie : l'opération a été suivie d'une prompte guérison. Au contraire, un troisième malade, très adynamique, avec abcès par congestion à la cuisse, a succombé au bout de huit jours aux suites d'une néphrite aiguë du rein sain; il ne restait plus que des lambeaux nécrosés du rein malade. Enfin, chez une jeune fille sujette à des douleurs de vessie et à de l'hématurie, l'exploration de la vessie avait conduit à diagnostiquer un papillome. En réalité, on avait affaire à un calcul enclavé dans la dernière portion de l'uretère et qui faisait saillie dans la vessie; on eut beaucoup de peine à l'extraire, en se servant d'instruments variés.

IV. M. Rose a donné des soins à une jeune fille, qu'un autre chirurgien, M. Villms, avait cherché à débarrasser d'une fistule vésico-vaginale, sans y parvenir. M. Rose tenta, avec succès, l'oblitération rectale de la vulve, et à ce propos il fait remarquer que la réussite de cette opération exige que, pendant neuf mois au moins, on procède chaque jour à la dilatation de l'orifice établi entre la vulve et le rectum, dilatation qui se fait le mieux avec le doigt.

V. M. Schuckardt avait, il y a trois ans, trachéotomisé une femme touchant à la soixantaine et qui était affectée d'une tumeur du larynx; depuis lors, cette femme portait une canule. Au mois de mai dernier, l'exploration digitale du larynx faisait découvrir une tumeur qui remontait jusque vers le milieu de l'épiglotte, à surface libre, pédiculisée selon toute apparence. Lors d'une tentative faite pour sectionner le pédicule avec l'anse galvanocaustique, celle-ci fut arrachée et un fragment resta enlacé autour de la tumeur. Il fallut établir une fissure laryngée; il se fit voir ainsi que la tumeur remplissait entièrement le larynx, que ce qu'on avait pris pour le pédicule n'était qu'un simple étranglement, que le segment inférieur seul était implanté au-dessous de la muqueuse. Huit jours après l'opération, l'occlusion de la glotte s'effectuait de nouveau d'une façon parfaite.

VI. M. Krukenberg relate l'observation d'un malade, qui a été adressé à la clinique chirurgicale avec le diagnostic d'ostéosarcome de la cuisse, et dans le but de subir l'amputation du membre malade. Depuis dix années environ, cet homme avait souffert de rhumatismes musculaires; depuis un mois, il éprouvait des douleurs lancinantes dans la cuisse, avec tuméfaction diffuse et rougeur à la partie antérieure de cette région. Au toucher, on délimitait à ce niveau un foyer d'induration, qui envahissait d'une façon irrégulière la masse des adducteurs et des extenseurs, pénétrait dans la profondeur des tissus, et paraissant faire corps avec le fémur. M. Trendelenburg diagnostiqua une nodosité rhumatismale. Une ponction exploratrice fit voir que la peau était épaissie et indurée, les muscles superficiels normaux, les muscles profonds transformés en une masse lardacée; os normal. Les muscles ne répondaient plus aux excitations électriques.

Le malade fut mis au lit; au bout de quinze jours de repos, on le soumit à un massage méthodique. Bientôt la faradisation des muscles de la cuisse produisit de légères secousses. Le foyer d'induration se dissipa peu à peu, en même temps que les muscles récupéraient leur contractilité électrique.

M. Krukenberg fait ressortir que pour le diagnostic différentiel des nodosités rhumatismales et des tumeurs malignes, il y a lieu de faire entrer en ligne de compte les modifications spéciales survenues du côté de la peau (dans le cas d'une simple nodosité), la contracture des muscles, dont les contours sont effacés, la perte de l'excitabilité électrique de ces mêmes muscles, enfin l'état relativement satisfaisant de la nutrition. On est encore exposé à confondre ce genre de nodosités avec des lésions syphilitiques.

L'examen microscopique montre que la contracture musculaire est sous la dépendance d'une hyperplasie du tissu conjonctif; la substance contractile dégénérée est remplacée par des détritus granuleux; le processus est susceptible de réparation, à la faveur d'une prolifération des noyaux des fibres musculaires.

VII. M. Fischer a opéré deux malades d'un neurofibrome; chez l'un des sujets, la tumeur siégeait à la mâchoire inférieure, chez l'autre dans la région temporale. Dans ce second cas, il y avait eu examen microscopique préalable d'un fragment excisé du néoplasme. M. Recklinghausen avait reconnu qu'il s'agissait d'un neurofibrome (structure fibrillaire; fibres nerveuses à gaîne de myéline). L'examen de la peau extirpée avec la tumeur fit voir que celle-ci avait poussé des ramifications dans les téguments. Même structure de la tumeur dans le premier cas; l'opération se compliqua d'une hémorrhagie colossale. Récidive à bref délai, ce qui nécessita une application du cautère Paquelin.

VIII. M. Meyer a vu chez deux sujets les modifications de la démarche, entraînées par l'existence d'un pied-bot, exercer une influence considérable sur le développement du squelette du tronc. Les individus affectés d'un pied-bot écartent les jambes pour marcher et dans cette attitude ils conservent le plus aisément leur équilibre en maintenant leurs jambes dans la rotation en dedans. Cette rotation a pour conséquence une inclinaison trop prononcée de la *conjugata vera*, en raison de ce que la tension du ligament iléo-fémoral produit une inclinaison excessive du bassin en avant. Cette influence s'exerce également sur la cavité cotyloïde, où elle a pour effet d'oblitérer la corne antérieure de la surface semi-lunaire.

La forte inclinaison du bassin a elle-même pour conséquence ultérieure une lordose très accusée; d'autre part, la rotation des jambes en dedans fait que les os iliaques sont fortement pressés l'un contre l'autre, d'où rétrécissement manifeste du bassin.

M. Wolff a fait remarquer que les déformations décrites par M. Meyer ne doivent pas être considérées comme des ac-

cidents pathologiques, mais bien comme les effets d'une « adaptation fonctionnelle ».

E. RICKLIN.

TRAVAUX A CONSULTER

Le traitement opératoire de la contracture des mains consécutive à des brûlures, par le docteur JUNGST (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1887, n° 43, p. 929). — *Sur l'extirpation du lobe moyen hypertrophié de la prostate*, par le docteur BENNO SCHMIDT (Analysé in : *Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 41, p. 718).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT DE L'HYGROMA PRÉROTULIEN ET EN PARTICULIER DU TRAITEMENT ANTISEPTIQUE, par M. P. GOULON. — Thèse de Paris, 1886.

Quand nous aurons dit que la ponction, l'incision avec ou sans raclage, l'extirpation, peuvent se trouver indiquées dans la cure des hygromas, il nous restera à déclarer que l'auteur, s'inspirant trop d'un travail de M. A. Révol (*Des hygromas suppurés de la bourse prérotulienne. — Application de la méthode antiseptique à leur traitement.* — Thèse de Paris, 27 juin 1885), s'est laissé aller jusqu'à en reproduire presque mot pour mot, en se les appropriant, de longs et nombreux paragraphes.

DE L'OSTÉOCLASIE, thèse d'agrégation, par M. le docteur ALFRED POUSSON. — Un volume in-8 de 262 pages, avec figures intercalées dans le texte. — Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

L'ostéoclasie, opération qui consiste à diviser artificiellement le squelette, serait synonyme d'ostéotomie, si les moyens mis en œuvre pour atteindre le même but n'étaient absolument différents. Tandis que dans le premier cas on détermine la solution de continuité à travers la peau et les parties molles, dans le second on agit directement à ciel ouvert sur les os.

S'il faut en croire la tradition, c'est à Hippocrate que reviendrait le mérite d'avoir conseillé le redressement des cals vicieux : Celse et Galien n'auraient fait que mettre en pratique les préceptes du médecin de Cos. En raison de cette ancienneté, on peut envisager dans l'évolution de l'ostéoclasie quatre périodes distinctes. La première, ou période d'hésitation, commence aux temps les plus reculés ; la seconde, ou période d'essai d'application raisonnée, occupe la première partie de notre siècle ; la troisième s'étend de 1840 à ces dernières années, c'est la période de généralisation de l'ostéoclasie et d'étude de ses procédés ; la quatrième, enfin, ou période de perfectionnement, débute en 1882 par les travaux de M. V. Robin et mérite le nom de période française, puisque c'est surtout dans notre pays qu'elle a trouvé ses partisans et ses défenseurs.

Inutile d'entrer dans l'énumération des moyens employés par les divers auteurs pour rompre les os, il suffira de dire que manuels ou instrumentaux ils gravitent tous autour des quatre principes fondamentaux suivants : pression verticale, flexion, traction, torsion.

Au point de vue instrumental, les procédés agissant par flexion sont les plus répandus. Dans cette catégorie se rangent l'appareil primitif de Collin et l'ostéoclaste de Taylor, dont les qualités étaient contrebalancées par le grave défaut d'exiger un bras de levier trop long. Il résultait que la solution de continuité ne pouvait être précisée d'avance et que l'os était susceptible de se rompre en un point absolument différent de celui où se faisait la décomposition des forces. M. V. Robin réussit à réduire la longueur du bras de levier, et avec son instrument, inspirateur de M. Collin dans les modifications ou transformations que ce dernier fit subir à son ostéoclaste primitif, il est aisé de produire une fracture osseuse en un lieu parfaitement déterminé. En fait, l'arsenal chirurgical possède actuellement deux excellents appareils différents, en ce que le premier en date, celui du jeune chirurgien de Lyon, produit la rupture dans le sens antéro-postérieur, tandis que le second la détermine en agissant dans le sens transversal.

Les lésions, résultant de semblables manœuvres, varient, on le comprend aisément, avec l'état de l'os ostéoclasié, avec le siège de la fracture qui, diaphysaire ou épiphysaire, peut, au gré de l'opérateur, se confondre avec une ancienne solution de continuité ou porter sur des points nouveaux. En tous cas, les observations et expériences cadavériques démontrent que la peau et les parties molles sous-jacentes sont toujours indemnes, que les organes du creux poplité n'ont jamais été intéressés ni menacés de l'être, que la synoviale est constamment respectée.

Il est très utile de ne rectifier la position du membre que six à huit jours après l'intervention. En attendant, on se servira d'une gouttière plâtrée reproduisant la conformation du membre difforme, pour éviter la rupture et le décollement périostal et partant les réactions générales et locales trop souvent observées. Le massage, les bains, les douches, judicieusement prescrits, en rendant la souplesse aux jointures et la vigueur aux muscles, viendront abréger la durée de la cure.

L'ostéoclasie a des indications multiples : elle peut être appliquée avec succès au traitement des cals vicieux, des courbures rachitiques, des déviations latérales du genou, des ankyloses et de certaines luxations irréductibles.

Des cals ont pu être rompus et rectifiés après trois ou quatre ans. Néanmoins, comme leur résistance s'accroît en raison de leur ancienneté, le chirurgien fera bien, au bout de quelque temps, de ne plus compter sur ses propres mains pour en déterminer la fracture et placera sa confiance dans les machines.

Il est indiqué de ne pas intervenir prématurément pour obtenir d'une façon définitive la rectitude de membres rachitiques ; d'autre part, une expectation trop prolongée plaçant l'os à redresser dans de nouvelles conditions, au point de vue de sa structure et de sa résistance, rend impossible l'application de l'ostéoclasie.

Cette dernière opération, ainsi que l'ostéotomie, sont absolument sans dangers, rapides et très efficaces pour redresser les déviations latérales du genou. Les circonstances, et aussi le tempérament chirurgical, dit M. Sousson, dictent seuls le choix à faire entre ces deux moyens d'intervention.

L'ostéoclasie constitue un mode de redressement aussi peu dangereux qu'utile pour les ankyloses consécutives aux ar-

thrites traumatiques, rhumatismales, puerpérales, scarlatineuses, typhoïdiques. Elle peut enfin être suivie de bons résultats dans certains cas de luxations irréductibles de l'épaule, du coude, de la hanche. Le membre, fixé dans une attitude absolument incompatible avec son fonctionnement, sera mobilisé par une néarthrose.

Écrit avec clarté et méthode, touffu de faits soumis au crible de la plus rigoureuse analyse, riche d'indications et de contre-indications opératoires, le travail de M. Sousson reste un excellent plaidoyer en faveur de l'ostéoclasie.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

INAUGURATION DU MONUMENT A LA MÉMOIRE DE BRETONNEAU, VELPEAU, TROUSSEAU. — Lundi dernier, 30 octobre, la ville de Tours célébrait l'inauguration d'un monument élevé en l'honneur de ses trois médecins illustres.

L'initiative de cet acte pieux destiné à perpétuer le souvenir du grand médecin Bretonneau et de ses deux élèves, Velpeau et Trousseau, est due à l'Association médicale d'Indre-et-Loire. Sur la proposition de son président, le docteur Louis Thomas, une souscription ouverte en novembre 1886 rassembla en quelques mois la somme nécessaire à l'érection d'un monument digne des grandes gloires médicales auxquelles il était consacré. Les Facultés et Écoles de France, et même celles de l'étranger, s'empressèrent de s'inscrire.

Après une courte allocution du président de l'Association d'Indre-et-Loire, M. le docteur Duclos, professeur à l'École de médecine, a prononcé l'éloge de Bretonneau. Puis la parole a été donnée à M. le professeur Guyon, qui a retracé la vie et les travaux de son maître Velpeau. Enfin, M. Peter a parlé de Trousseau.

Ces discours, remarquables par l'élévation des pensées, l'intimité touchante des souvenirs, la forme littéraire et châtiée, ont été salués d'unanimes applaudissements.

R. F. D.

NOUVELLES

NOMINATION DANS LA LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Lisnard, de Vallauris (Alpes-Maritimes) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Guimberteau.

Au grade de médecin-major de première classe : M. Tournieux, professeur d'histologie à Lille.

M. Moniez, professeur d'histoire naturelle médicale à Lille.

Au grade de médecin major de deuxième classe : M. Looten, médecin des hôpitaux de Lille.

M. Derville, médecin des hôpitaux de Roubaix.

M. Wertheimer, chirurgien des hôpitaux de Lille.

M. Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

M. Cochet, chef de clinique de la Faculté de médecine de Lille.

M. Brun, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

M. Quenu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Thibaut, professeur agrégé de la Faculté de Lille.

M. Ozil.

6e corps d'armée

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Netter, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

M. Siredey, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

— Un concours s'ouvrira le 1er juin 1888, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

— Le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1887 à la Faculté de Lyon pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est reporté au 15 novembre 1888.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Sont nommés :

1o Professeurs. — MM. les docteurs Charpy (anatomie), Toussaint (physiologie), Saint-Ange (pathologie interne et pathologie générale), Tapie (anatomie pathologique), André (hygiène et médecine légale), Bonnemaison (clinique médicale), Caubet (clinique médicale), Péniéres (pathologie externe et médecine opératoire), Jeannel (clinique chirurgicale), Labéda (clinique chirurgicale), Labat (clinique obstétricale et gynécologique), Basset (thérapeutique); MM. Lamic, pharmacien de première classe (botanique et zoologie élémentaire), Frébault, docteur en médecine (chimie médicale), Dupuy, pharmacien supérieur de première classe (pharmacie)

2o Chargés de cours.—MM. Broemer, pharmacien de première classe (matière médicale), Rey (physique médicale).

3o Suppléants.—MM. Rochard (anatomie et physiologie), Roule (histoire naturelle), Maurel (pathologie et clinique internes).

4o Chef des travaux.—M. Rochard (travaux anatomiques et physiologiques).

M. Caubet, professeur de clinique interne, est nommé pour trois ans, à partir du 1er novembre 1887, directeur de ladite École.

— L'École d'anthropologie, qui entre dans sa douzième année d'existence, ouvrira ses cours le lundi 7 novembre 1887, à quatre heures, dans son local habituel, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi à 4 heures. — M. Letourneau : Histoire des civilisations.

Lundi à 8 heures 1/2 du soir. — M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, avec projections.

Mardi à 5 heures.— M. Hervé : Anthropologie anatomique.

Mercredi à 4 heures. — M. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi à 5 heures.— M. Manouvrier, suppléant de M. Dally : Ethnologie.

Samedi à 4 heures 1/2.— M. Bordier : Géographie médicale.

— Les élèves et amis de M. Charles Richet lui offrent un banquet pour fêter sa nomination de professeur à la Faculté de médecine.

Le banquet aura lieu le mardi 15 novembre, à l'Hôtel Continental, à 7 heures.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhésions doivent être envoyées avant le mercredi 9 novembre à l'une des adresses suivantes : M. H. Ferrari, 6, rue du Pont-de-Lodi ; M. R. Moutard-Martin, 50, rue de Lille ; M. L. Olivier, 56, rue Gay-Lussac ; MM. Gley ou Rondeau, au laboratoire de physiologie, 2, rue Vauquelin.

— M. le docteur Le Dentu commencera, le mercredi 9 novembre à 9 heures 1/2, des conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

61. M. Barincou. Dé quelques cas d'atrophie musculaire unilatérale et de leur traitement par l'électricité. — 62. M. Guillet. Contribution à l'étude du pays de Porta-Novo. — 63. M. Bombart. Les familles d'épileptiques. — 64. M. Proux. Contribution à l'étude de la paraplégie précoce d'origine syphilitique. — 65. M. Lauron. Du traitement de l'hydarthrose chronique essentielle par l'injection phéniquée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 23 AU SAMEDI 29 OCTOBRE 1887

Fièvre typhoïde 11 — Variole 6 — Rougeole 9. — Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 30 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 171. — Autres tuberculoses 24. — Tumeurs : Cancéreuses 29. — Autres 8. — Méningite 32. — Congestion et hémorr. cérébr. 38. — Paralysie 7. — Ramollissement cérébral 12. — Maladies organiques du cœur 64. — Bronchite aiguë 18. — Bronchite chronique 33. — Broncho-pneumonie 26. — Pneumonie 43. — Gastro-entérite : Sein 20. — Biberon 35. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 18. — Sénilité 32. — Suicides 12. — Autres morts violentes 7. — Autres causes de mort 151. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 852 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traitement des raideurs articulaires fausses, ankyloses, au moyen de la rectification forcée et du massage, par le docteur G. Norstrom. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE CONTEMPORAINE.

La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par les docteurs F. Bourru et P. Burot, professeurs à l'École de médecine de Rochefort. Un volume in-16 de 311 pages, avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue physiologique, par Alexandre Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. Un volume in 16 de 312 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

INFLAMMATION SUPPURATIVE DES CELLULES MASTOÏDIENNES. — GUÉRISON PAR LA TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE, par M. le docteur FIESSINGER.

Ce n'est pas une maladie bien rare que l'inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes.

G. Poinsot (1) la considère comme toujours consécutive à l'inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne.

Néanmoins, les auteurs du Compendium avaient mentionné une inflammation primitive de l'appareil mastoïdien, à laquelle ils assignaient pour cause la diathèse rhumatismale, scrofuleuse, ou l'existence de tubercules; mais ils ne citaient aucun fait clinique à l'appui de leur assertion.

Cramer, Foynbee, Wilde, Gruher, Hinton, ne décrivent pas l'inflammation primitive sans participation de la caisse. Le docteur Roosa dit en avoir observé un seul cas.

Pœirc (2), qui donne les détails précédents, en relate un fait.

L'inflammation suppurée primitive des cellules mastoïdiennes, tout en existant quelquefois, constitue donc au moins une rareté pathologique dont nous ne nous occuperons pas (3).

Il n'en est pas de même de l'inflammation suppurative secondaire.

Cette dernière, bien plus fréquente, peut se terminer par la guérison de plusieurs manières.

(1) *Région mastoïdienne*. In : DICT. DE MÉD. ET DE CHIRURG. PRAT., t. XXI, p. 743.

(2) THE LANCET, 2 janvier 1875, p. 11.

(3) Fulton (de Saint-Paul) a publié récemment un travail sur l'inflammation primaire des cellules mastoïdiennes. Le diagnostic en général est difficile et les malades souffrent pendant des semaines et des mois, jusqu'à ce qu'il se produise une évacuation spontanée de la collection purulente ou un abcès sous-périostal facile à diagnostiquer. Dès que le diagnostic est assuré, il ne faut pas hésiter à trépaner l'apophyse mastoïde. (Cong. internat. des sc. méd., tenu à Washington du 5 au 10 sept. 1887, *in* SEM. MÉDIC. 19 oct. 1887).

1o On bien le pus entraîne un ramollissement de la table externe de l'apophyse, il détruit cette apophyse et envahit les parties molles. Un abcès se forme dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si le chirurgien n'intervient pas, pour donner issue au liquide, le pus décolle la peau et peut fuser dans la région cervicale, en suivant la gaine du sterno-cléido-mastoïdien. Il se produit même des cas où deux collections purulentes, l'une intra-osseuse et l'autre sous-cutanée, sont séparées par l'os intermédiaire paraissant sain, et recouvert de son périoste.

2o Ou bien l'abcès mastoïdien s'ouvre à travers la paroi postérieure du conduit auditif, avec laquelle les cellules sont directement en rapport.

3o Ou bien il reflue dans la caisse, et là peut se frayer un double passage par la trompe d'Eustache ou par le conduit auditif, la membrane du tympan ayant été détruite par un travail ulcératif (1).

La possibilité de ces divers modes de guérison n'implique pas leur fréquence.

Trop souvent, l'inflammation suppurative livrée à elle-même suit une marche fatale, et d'ordinaire le malade succombe à la suite d'accidents cérébraux (méningite de la base, ou phlébite du sinus latéral).

Buck, de New-York (2) cite des morts par méningite de la base, par abcès du cerveau, par embolie, par pyohémie et par épuisement.

Pour éviter ces diverses complications, le chirurgien n'a qu'à remplir l'indication qui s'impose. Un malade est atteint d'une collection intra-osseuse : il faut rompre la paroi osseuse, il faut trépaner l'apophyse mastoïde pour frayer une issue au pus.

Cette idée si simple de perforer l'apophyse mastoïde dans les cas de collection purulente n'a pas été admise sans conteste par le corps médical.

Adoptée dès le début du dix-huitième siècle, elle fut, à la suite de cas malheureux, complètement abandonnée.

En 1849, Forget trépanait l'apophyse mastoïde à un jeune homme atteint de suppuration des cellules mastoïdiennes. Or cette opération n'avait pas été pratiquée en France depuis J.-L. Petit (premières années du dix-huitième siècle).

Ce n'est qu'à partir de 1868 que la trépanation de l'apophyse mastoïde commence à jouir d'un certain crédit en France (Thèse de Menière et Delaissement, Richet, Duplay, Désarènes, Péan, etc.).

A l'étranger (Allemagne et Amérique), son utilité n'est plus contestée. Foynbee ne rapporte dans son Traité aucun exemple de cette opération ; néanmoins, il ne la repousse pas (3).

(1) DICT. DE MÉD. ET DE CHIRURG. PRAT., t. XXI, p. 734.

(2) ARCH. OF OPHT. AND OTOLOGY, vol. III, p. 173-219. New-York, 1873.

(3) *Loc. cit.*, p. 746.

En 1875, une certaine hésitation existe encore.

G. Poinsot (1) écrit à cette époque : « La trépanation mastoïdienne éprouve encore quelques difficultés à être officiellement reconnue », et plus loin : « Dans des questions aussi controversées, les paroles doivent céder la place aux faits. »

Aussi bien les faits sont favorables. La statistique dressée par G. Poinsot, depuis l'opération faite par J.-L. Petit jusqu'en 1875, comprend 98 observations de perforation de l'apophyse mastoïde.

L'opération, pratiquée à temps, fournit une mortalité de 11 0/0, chiffre rassurant qui permet à Poinsot d'ajouter : « En présence de résultats si remarquables, on s'étonne que la perforation de l'apophyse mastoïde ait trouvé tant de résistance chez la plupart des chirurgiens et soit encore regardée par certains d'entre eux comme une opération que sa témérité rend inexcusable. »

Paul Rupprecht (2) arrive à des conclusions analogues.

Il analyse 37 faits, où la trépanation a été exécutée contre des caries mastoïdiennes dépendant d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne et sans complication pyohémique ou cérébrale.

Sur ces 37 faits, on compte une opération restée incomplète, 4 améliorations, 2 guérisons inachevées à la sortie des malades, 24 guérisons entières et 6 morts. Mais, parmi les opérés qui ont succombé, 3 ont été emportés par la phthisie plusieurs mois après une opération heureuse, 1 a succombé à une carie simultanée du rocher, et un seul est mort d'infection purulente, qu'on peut justement rapporter à la trépanation.

D'après cette statistique, la mortalité serait donc inférieure à celle indiquée par Poinsot ; elle ne dépasserait pas 3 à 4 0/0.

En 1878, Hartmann, de Berlin (3), après avoir pratiqué 100 fois la trépanation de l'apophyse mastoïde sur le cadavre, arrivait aux résultats suivants :

En dehors du conduit auditif externe, il conseille de prendre pour points de repère :

1° La ligne temporale, qui constitue un prolongement de la racine postérieure zygomatique et qui forme en arrière de la conque un bourrelet osseux, qu'on peut sentir à travers la peau. Cette ligne exprime à l'extérieur le niveau de la base de la fosse crânienne moyenne, qu'on est ainsi sûr d'éviter, pourvu qu'on opère au-dessous de la ligne temporale.

2° La petite éminence osseuse décrite par Henle, à l'extrémité externe de la paroi postéro-supérieure du canal auditif. Cette épine se trouve à 2 millimètres plus bas que la partie supérieure du conduit, et, d'après les coupes horizontales de Bezold, sur un niveau un peu supérieur au sol de l'antre mastoïdien. Elle constitue, d'après Hartmann, le meilleur point de repère pour la trépanation.

3° La ligne d'insertion de la conque qui est à une distance de 10 à 11 millimètres en arrière de l'épine de Henle.

Hartmann, qui, sur 100 opérations, a pénétré 76 fois dans la cavité mastoïdienne, et 24 fois n'y est pas arrivé, conseille d'opérer ainsi :

Pratiquer l'incision des téguments sur la ligne d'attache de la conque, attirer celle-ci en avant, et dénuder de son périoste la partie osseuse. Ensuite, appliquer un trépan large de 4 millimètres à 8 millimètres, en arrière de l'épine de Henle, et au même niveau qu'elle, à environ 7 millimètres au-dessous de la ligne temporale, en ayant soin en même temps de considérer le niveau de la paroi supérieure du conduit auditif, et de forer le trajet parallèlement à l'axe du conduit. On ne doit évaser en entonnoir que l'extrémité externe de ce trajet. En opérant de cette façon sur le cadavre, Hartmann n'a jamais eu d'accidents.

Il nous semble que le chirurgien muni de détails aussi précis doit perdre une grande partie de son appréhension dans les cas où l'urgence d'une intervention opératoire pourrait être discutée.

En 1879, Ducasse (1) soutient une thèse sur la perforation de l'apophyse mastoïde et ses indications. Il relate une intéressante observation personnelle d'abcès mastoïdien à marche lente et insidieuse, heureusement guéri, grâce à l'intervention chirurgicale.

A partir de cette époque, citons deux cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde en 1883 par Kühn (2). Dans le premier cas (récidive), l'auteur trouve dans l'os un drain qui avait glissé dans la profondeur ; dans le deuxième cas, un abcès volumineux au-dessous de l'apophyse. Ces deux cas se terminent par la guérison.

En 1884, Wheeler (3) relate trois observations d'otorrhée grave, où la trépanation des cellules mastoïdiennes amène la guérison. L'auteur insiste sur la nécessité de trépaner de bonne heure, dès qu'on a la conviction de la présence du pus.

En attendant trop longtemps, on s'expose à des accidents de pyémie, de méningite ou de phlébite des sinus.

Truckenbrod (4), en 1885, constate, à la suite d'une otite moyenne aiguë gauche, une très vive douleur derrière l'oreille avec œdème rapidement croissant, jointe à une paralysie du facial droit et à des troubles de la parole. L'auteur trépane l'apophyse mastoïde. Il sort un flot de pus et les phénomènes morbides disparaissent.

OBSERVATION. — *Otite moyenne chronique. — Inflammation suppurative aiguë des cellules mastoïdiennes. — Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Guérison.*

Nicol, 22 ans, ferblantier à Oyonnax (Ain), est atteint depuis une dizaine d'années d'un écoulement purulent par l'oreille gauche.

Il y a deux ans, chute sur la tête d'une hauteur de 30 pieds. Commotion cérébrale consécutive, à symptômes disparus au bout de quelques heures.

Au mois de février 1887, nouvelle chute de 2 mètres de hauteur sur le nez.

Vers la fin d'avril, diminution, puis disparition de l'écoulement purulent.

Au commencement de mars, douleurs sourdes, lancinantes, s'exaspérant le soir. Ces douleurs s'étendent sur tout le côté gauche de la tête.

Je vois le malade le 10 mai. Face contractée, anxieuse. Douleur vive, exaspérée d'une façon insoutenable par la pression, au niveau du nerf auriculo-temporal, et plus encore au niveau de l'apophyse mastoïde. Deux autres points douloureux existent au niveau de la partie moyenne gauche de l'os frontal et au niveau de l'occiput du même côté. Pas de fièvre. T. M. 37. — P. 75.

(1) *Loc. cit.*, p. 745 et 747.

(2) BERLIN. KLIN. WOCHENSC., 1874, n° 27, 23 novembre.

(3) BERLIN. KLIN. WOCHENSC., n° 33, p. 479, 1876.

(1) Thèse de doctorat, 1879, n° 223.

(2) Société des naturalistes et médecins allemands à Fribourg, 1883.

(3) THE DUBLIN JOURN. OF MED. SC., p. 290, octobre 1884.

(4) BERLIN. KLIN. WOCHENSCHR., n° 49, p. 816, 7 déc. 1885.

Prescriptions. — 1 gramme de sulfate de quinine. Injections de morphine. Vésicatoire derrière l'oreille.

14 mai. — Etat stationnaire. La quinine et l'aconitine, successivement prescrites, restent impuissantes. Constipation.

Pas de fièvre. Pouls ralenti. T. S. 37.4. P. 60.

L'examen de l'oreille (spéculum et miroir frontal) fournit les renseignements suivants :

Conduit auditif rouge, couvert d'une sécrétion purulente et fétide. Après lavage du conduit auditif, membrane du tympan terne et sans brillant. Perforation linéaire peu étendue, parallèle au manche du marteau, dont elle est distante de 1 millimètre environ. Surdité complète.

Prescriptions. — Injections d'eau phéniquée dans les oreilles. 1 gramme de calomel.

15 *mai.* — Malgré les injections de 2 centigrammes de morphine, douleurs intolérables partant de l'apophyse mastoïde, et s'irradiant vers le front et l'occiput. Le malade pousse des cris affreux et appelle au secours. Il vent se suicider. Une selle provoquée par le calomel. T. M. 37. P. 64.

Prescriptions. — Vésicatoire à la nuque. 1 cent. 20 de sulfate de quinine et 5 milligrammes d'aconitine à prendre en 12 pilules.

16 *mai.* — Pas d'empâtement de la région mastoïdienne. Pour la première fois, on constate une élévation de température. Le pouls est plein et peu fréquent. Un vomissement alimentaire. T. M. 38. 4. P. 65. T. S. 38 6. P. 65.

Prescriptions. — Tous les jours 2 grammes d'iodure de potassium. Frictions d'onguent napolitain sur les membres. Glace sur la tête.

17 *mai.* — Un vomissement bilieux. La nuit a été épouvantable. T. M. 38.4. P. 60. T. S. 38.6. P. 65.

18 *mai.* — Apophyse mastoïde très douloureuse. Il semble qu'à son niveau on perçoit un empâtement profond, peu distinct. Les douleurs frontale et occipitale sont persistantes. Deux vomissements bilieux. T. M. 38.5. P. 64.

En raison de la gravité extrême de l'état du malade, nous proposons à la famille la trépanation qui est acceptée.

L'opération est faite le 18 mai, à neuf heures du matin, avec l'assistance de M. le docteur Levrat et de M. Clerc, officier de santé.

Le malade étant chloroformé, nous faisons une incision au niveau de l'apophyse mastoïde.

L'incision verticale commence un peu au-dessous de la ligne temporale et se termine à la partie inférieure de la région mastoïdienne. Elle est parallèle à la conque de l'oreille, dont la sépare un intervalle de 11 millimètres.

L'incision horizontale est à peu près parallèle à la paroi supérieure du conduit auditif. Nous disséquons les lambeaux et arrivons au périoste sans hémorrhagie notable et sans atteindre la branche de l'auriculaire postérieure.

Appliquant le perforateur du trépan vers la partie médiane de l'incision verticale, nous le dirigeons en dedans, en avant, et un peu en haut. Nous tournons encore l'instrument, qu'il jaillit tout-à-coup un flot de pus liquide et granuleux (3 à 4 cuillerées à bouche environ).

L'instrument étant retiré, une injection d'eau phéniquée est faite lentement au travers de la perforation osseuse. Un tube à drainage est introduit. La plaie est pansée avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée. Toutes les trois heures, des injections d'eau phéniquée sont faites dans le drain.

Quatre heures après l'opération. — La douleur a fortement diminuée. Il sort peu de pus par les injections d'eau phéniquée. T. S. 38°,5. P. 80.

19 mai.—T M. 38. P. 68. T. S. 38. P. 68

Le malade a dormi la nuit sans injection de morphine. Irrigation continuée d'eau phéniquée dans la plaie pour combattre la fétidité qui est persistante.

20 mai. — T. M. 37,8. P. 68. T. S. 37,6. P. 68.

Le malade ne ressent plus de douleurs ; il a une selle spontanée le matin.

21 *mai.*—T. M. 37,5. P. 68. T. S. 37,7. P. 68.

22 *mai.* — L'irrigation continue est remplacée par les injections d'eau phéniquée dans le tube à drainage. Selles normales. T. M. 37,7. P. 78. T. S. 37,7. P. 72.

23 *mai.* — Nuit excellente. Le malade a de l'appétit et demande à se lever. L'écoulement par l'oreille a reparu. T. M. 37,4 P. 72.

24 mai.—Le malade s'est levé pendant deux heures. T. M. 37,2. P. 68.

25 mai. — A dîné en ville avec ses parents T. M. 37,6. P. 72.

30 mai. — La veille, tout-à-coup, les douleurs ont reparu dans la région occipitale et au front. Elles n'ont pas discontinué depuis et persistent, sourdes, avec des battements profonds. Un vomissement alimentaire. T. M. 37,8. P. 64.

Ne sachant à quelle cause attribuer le retour des douleurs, l'absence de fièvre indiquant qu'il ne pouvait être question d'une complication cérébrale), nous retirons le tube à drainage. Il sort aussitôt de l'os une cuillerée à café de pus, et les douleurs disparaissent incontinent. Nous remettons en place le tube à drainage, en recommandant au malade de ne pas l'enfoncer, pour éviter son clotonnement.

7 juin.—Les douleurs étant revenues avec le même caractère, le malade a de lui-même sorti le tube à drainage et l'a replacé, après avoir fait couler la valeur de deux dés de pus. Les douleurs ont cédé aussitôt. T. M. 37,2 P. 78.

10 juin. — L'écoulement purulent se fait facilement par le tube à drainage. Le malade sort tous les jours et ne ressent aucune souffrance. Il reprend son travail le 17 juin, un mois après l'opération.

7 juillet. — Le tube à drainage est tombé.

La plaie opératoire est recouverte de bourgeons charnus qui marchent vers le cicatrisateur.

25 juillet. — La guérison ne s'est pas démentie. Suppuration légère au niveau de la plaie.

5 novembre. — Guérison complète.

Cette observation nous suggère les réflexions suivantes :

1° Avant l'opération, l'état cérébral de notre malade est à noter.

Le sieur Nicol présente un ralentissement du pouls (60 à 65 pulsations) avec une élévation de température (38,5). Malgré les injections de morphine, l'insomnie est opiniâtre. Il a de la constipation et une céphalalgie atroce. Cette céphalalgie ne siège pas seulement au niveau de l'apophyse mastoïde ; elle s'irradie vers le front et l'occiput. La douleur frontale surtout est vive, nettement localisée, et s'exaspère par la pression. A plusieurs reprises, le malade est pris de vomissements alimentaires ou biliaires.

La réunion de ces symptômes ne pouvait-elle faire supposer un début de méningite ou d'abcès du cerveau ? Le malade, ayant fait plusieurs chutes sur la tête, ne conservait-il pas du côté du cerveau un point faible, porté à l'inflammation ?

Il n'en a rien été.

Aussi bien des phénomènes cérébraux se produisent fréquemment au cours des affections aiguës de l'oreille. On a cherché à les expliquer par l'irritation et la congestion des méninges et de l'encéphale, par des troubles de la pression intra-labyrinthique ou par des phénomènes réflexes. Ces diverses causes peuvent entrer en ligne de compte. Dans notre cas, la cause irritante une fois supprimée par l'évacuation du pus, les accidents ont disparu comme par enchantement. N'est-ce pas là un des caractères des phénomènes réflexes ?

2° La trépanatinn a été faite de bonne heure, huit jours après qne le malade nous avait appelé, une quinzaine apres la première atteinte des douleurs, qui étaient d'abord pen vives. L'intensité des accidents généraux avait nécessité notre intervention, plns que l'extension de l'inflammation locale. Le jour de la trépanation, c'est à peine si l'nn percevait un empâtement peu net du côté de l'apophyse mastoïde. Wheeler (1), comme nous l'avons vu plus haut, constatait déjà les résultats excellents que donne une intervention hâtive.

L'opération a réussi à souhait. Les douleurs et les symptômes cérébraux ont disparu. La température qui, avant l'opération, était à 38,5, n'a plus marqué que 38° le lendemain matin. Le surlendemain, elle n'a plus dépassé la normale, et à ancun moment plus tard elle n'a atteint 38°.

3° L'écoulement du pus par le tube à drainage doit être surveillé d'une manière attentive. La cavité du tube peut être interceptée par un pelotonnement de ce dernier. L'écoulement purulent, de ce fait, est entravé. Les douleurs qui surviennent à cette occasion cèdent aussitôt à l'issue du liquide. Il en est de même des symptômes cérébraux de nature réflexe, qui peuvent accompagner les douleurs.

C'est là un petit détail de traitement qu'il ne faut pas perdre de vue.

Aussi bien l'écoulement purulent par le champ opératoire a peu à peu cessé chez notre malade. Il s'est reproduit par la membrane du tympan. On sait que, pour faciliter l'écoulement du liquide après une trépanation mastoïdienne, des chirurgiens ont conseillé d'opérer la perforation du tympan, dans les cas où elle n'existait pas. Nous pensons, avec Ladreit de Lacharrière (2), que cette intervention n'est pas indispensable; à l'aide d'un tube en caoutchouc introduit dans la cavité osseuse, on nettoie suffisamment la caisse sans recourir à l'incision de la membrane du tympan.

4° Il est à regretter que la trépanation des cellules mastoïdiennes ne soit jamais pratiquée à la campagne. Nous serions très heureux si le résultat que nous venons d'obtenir pouvait engager nos confrères de la campagne à ne pas reculer à l'occasion devant une intervention chirurgicale, moins risquée qu'nn ne se l'imagine.

Nous terminerons par cette phrase de Ladreit de Lacharrière : « Il faut que tout médecin soit en mesure de pratiquer dans les cas pressants la trépanation de l'apophyse mastoïde et qu'il intervienne comme il le ferait dans la trachéotomie et dans la hernie étranglée. »

(1) THE DUBLIN JOURN. OF MÉD. SC., p. 290, octobre 1881.

(2) DICT. ENCYCLOP. DES SC. MÉD., article *Oreille*, p. 272.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTES SUR TROIS ÉPIDÉMIES D'OREILLONS, OBSERVÉES A COMMENTRY (1875, 1881, 1887), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite — Voir les numéros 43, 44 et 45.

TROISIÈME ÉPIDÉMIE (1887).

Tout récemment, enfin, depuis le mois de décembre 1886, une nouvelle épidémie d'oreillons a éclaté, épidemie attendue en quelque sorte depuis longtemps; car, plus de six mois avant, les oreillons s'étaient mnntrés à Montluçon, qui n'est guère sitné qn'à 14 kilomètres de Commentry.

Cette épidémie durait encore dans les premiers jours du mois d'août avec une température de + 30° à l'ombre, moment où j'en ai vn un cas chez nn homme âgé de 59 ans (on peut voir par là une fois de plus que l'influence du froid, hantement invnquée par le docteur Pinet dans sa thèse (1), doit être considérée, sinon comme nulle, du moins comme non indispensable dans la propagation des oreillons).

Durant cette troisième épidémie, j'ai observé des formes, non seulement bizarres, mais encore les plus variées que l'on puisse imaginer.

J'ai réuni 58 observations dans le cours de ces sept ou huit derniers mois, et elles vont me servir à montrer quelle diversité d'allures affecte une maladie qui, d'habitude, paraît si uniforme, si régulière, qu'on néglige en général d'en suivre attentivement l'évolution, et cela surtout parce qu'elle est presque toujours très bénigne (2). Les faits normaux, les oreillons simples, ne sont qu'en petit nombre compris dans les observations que j'ai recueillies.

Dans un régiment dont les soldats sont casernés en un même bâtiment, la propagation d'une maladie infectieuse est un fait des plus naturels. Ce n'est donc pas dans une caserne qu'on peut fructueusement étudier la marche d'une épidémie. L'agent morbifique s'y trouve en quelque sorte sur place, et il est bien simple qu'il fasse élection de siège sur le plns grand nombre de sujets qui sont exposés à ses atteintes.

Dans une ville ouvrière, à maisons séparées et parfois même isolées, il n'est pas sans intérêt de rechercher comment et dans quel sens l'épidémie se propage C'est ce que j'ai essayé de faire dans un premier paragraphe. Et de mes observations, la transmission de proche en proche ressort nettement

(1) *De l'état actuel de nos connaissances sur l'affection ourlienne, ou oreillons* (Paris, 1878). On trouvera dans cette thèse bien des renseignements, mis en œuvre par un esprit dogmatique, et qui en certains passages pourra sembler un peu trop absolu, ce qui détonne dans le travail d'un jeune homme à expérience forcément peu étendue.

(2) Quelques auteurs vont même plus loin. Ils ne se contentent pas de mal connaître les oreillons en tant que maladie épidémique, ils les méconnaissent, confondant symptomatiquement autant qu'étiologiquement, les *Ourles* avec les parotidites critiques, symptomatiques ou inflammatoires. Mais une plus grande surprise m'était réservée. Si j'en crois la REVUE DES SCIENCES MÉDICALES du professeur Hayem, qui analysait en avril dernier (t. XXIX, p. 572, analyse de M. A. Mathieu) un travail paru dans une importante Revue médicale allemande (D. ARCH. F. KLIN. MED., t. XXXVIII, 5e et 6e livraison, p. 589), M. H. Fremmert refuserait de considérer les oreillons épidémiques comme une entité pathologique spéciale. Citons, à titre de document, ce singulier exposé des doctrines : « Fremmert n'admet pas la séparation établie entre les parotidites primitives et secondaires, entre les oreillons et les parotidites symptomatiques du typhus exanthématique, du typhus récurrent, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, etc.

On peut mettre dans une classe à part les parotidites par propagation qui sont consécutives à une lésion de la cavité buccale, des maxillaires, à une carie dentaire, etc. En dehors de cette condition particulière, les parotidites doivent être distinguées en parotidites infectieuses et parotidites non infectieuses. Les parotidites infectieuses, ou mieux la parotidite infectieuse, est considérée par lui comme une sorte d'unité pathologique : qu'elle survienne isolément ou épidémiquement, qu'elle soit primitive ou consécutive à une maladie typhique. Dans cette dernière condition, il s'agirait donc seulement d'une coïncidence.

Il s'applique à repousser les caractères qui amènent à faire des oreillons une maladie à part, distincte des parotidites secondaires

Mode d'extension et répartition de l'épidémie.

Le premier cas s'est présenté dans la rue Saint-Front le 19 décembre 1886, et le deuxième éclatait dans la même famille le 1er janvier suivant, treize jours après.

Du 5 au 31 janvier, 24 autres cas se sont déclarés dans le même quartier ou dans les quartiers avoisinants (la Bouige et Planevert). Deux cas seulement ont été notés en dehors de la ville : l'un aux Remorets, à 2 kilomètres et demi de la ville ; l'autre dans la commune de Durdat, au hameau de la Bregère, à 4 kilomètres de Commentry.

A partir du commencement de février, les nouveaux cas d'oreillons se disséminèrent un peu plus. Si la majorité reste toujours dans les quartiers primitivement atteints, quelques cas se sont présentés dans la commune de Colombier, dans ces habitations, qui se trouvent sur la route de Malicorne, et dans certains hameaux dépendant de la commune de Néris et de Durdat.

En somme, j'ai observé 11 cas d'oreillons en dehors de la commune de Commentry et 47 dans les limites de cette commune. Sur ces 47 cas, 6 seulement ont éclaté loin du foyer primitif, qui était le côté ouest de la ville.

Dans 4 familles, il y a eu 2 personnes successivement atteintes d'oreillons.

Dans 3 autres familles, 3 membres ont été atteints.

Dans aucun cas, je n'ai constaté de simultanéité parfaite dans l'évolution des oreillons chez les membres d'une même famille.

Age. — Au point de vue de l'âge, mes observations se répartissent de la manière suivante :

5 cas chez des enfants de 2 à 5 ans.
23 cas chez des enfants de 5 à 10 ans.
9 cas chez des sujets de 10 à 20 ans.
21 cas chez des sujets âgés de plus de 20 ans.

Sexe. — Au point de vue du sexe, j'ai observé 28 cas dans le sexe féminin et 30 dans le sexe masculin.

Particularités diverses. — Dans 17 cas, les oreillons ont nettement débuté du côté droit, dans 16 ils ont débuté à gauche. Dans les autres faits, les renseignements n'ont pas été suffisamment précis, et l'on est en droit d'admettre pour la majorité la simultanéité sinon absolue, du moins approximative, de l'apparition des deux côtés.

Dans 18 cas, on a noté et constaté une sécheresse notable de la bouche, sécheresse exclusivement localisée au côté affecté dans les cas d'oreillons unilatéraux.

et des parotidites suppurées. Souvent les oreillons ne prennent qu'une glande ; ils peuvent suppurer ; enfin l'orchite peut exister dans le cours des affections typhoïdes.

L'auteur est ainsi amené à consulter la parotidite comme étant une simple coïncidence au cours des maladies infectieuses : il y a, par exemple, fièvre typhoïde et parotidite, parallèlement.

La parotidite ainsi considérée doit être divisée en parotidite séreuse, suppurée, gangréneuse et septique.

Il a recueilli 71 observations. 66 fois la parotidite coïncidait avec le typhus exanthématique, la fièvre récurrente ou la fièvre typhoïde; 3 fois elle résultait de la propagation d'une inflammation de voisinage, 2 fois elle était primitive ».

On voit donc que M. Fremmert, n'ayant pas observé jusqu'ici d'épidémie d'oreillons, n'y va pas par quatre chemins: il nie l'existence de cette entité morbide, et la raie du cadre physiologique.

Son travail peut en tout cas servir à l'histoire de la parotidite secondaire.

Récidive. — Je n'ai observé durant cette dernière épidémie qu'un seul cas de récidive, chez une femme de 25 ans, qui avait eu une première atteinte à l'âge de 13 ans, lors de l'épidémie de 1875. La fièvre a été extrême pendant deux jours et deux nuits ; la céphalalgie très marquée.

Fièvre. — Dans 27 cas, une fièvre assez violente a été notée, au moins dès le début. Chez certains sujets, la fièvre initiale a été excessive, et chez un adulte de 39 ans elle a débuté par un frisson de plus d'une heure un quart, frisson assez intense pour faire penser à un début de pneumonie ou à un fort accès de fièvre intermittente.

Dans trois cas seulement j'ai noté la température, et dans ces trois cas, où la fièvre me paraissait vive, j'ai trouvé une fois 40°3, une autre fois 39°7, une troisième fois 38°8 (température axillaire).

Dans la plupart des autres faits où j'ai appliqué le thermomètre, la température m'a parue si peu différente de la normale que je n'en ai pas recueilli les chiffres que j'avais constatés.

Complications ; — Métastases.

Mamelles et ovaires. — Je n'ai jamais observé jusqu'ici d'engorgement des glandes mammaires ; je n'ai pas eu non plus connaissance de douleurs ovariennes provoquées par la pression qui pussent être attribuées à l'affection ourlienne. C'est à peu près en vain que j'ai recherché l'ovarialgie chez les femmes atteintes d'oreillons que j'ai eu l'occasion d'observer.

L'hyperesthésie légère que j'ai constatée dans quelques cas m'a paru dépendre plutôt d'une autre cause.

Orchites. — Il m'a été donné de remarquer que l'orchite métastique a été aussi rare dans l'épidémie de 1877 que dans les deux épidémies précédentes observées à Commentry. Je n'ai vu cette année que deux cas d'orchite. Le premier sur un petit garçon de 9 ans, orchite légère plutôt névralgique qu'inflammatoire, et le deuxième chez un homme de 32 ans, atteint en même temps de balano-posthite (suite de chancres mous).

Complications vers les organes des sens. — Du côté des organes des sens, je n'ai constaté aucune altération digne d'intérêt, ni fonctionnelle, ni anatomique, sauf pour l'organe de l'audition, deux catarrhes de l'oreille externe insignifiants, et un petit abcès dans le condnit auditif externe d'une jeune fille de 8 ans ; et pour l'organe de la vue je signalerai seulement trois conjonctivites légères.

Je regrette de ne pouvoir apporter ici une plus sérieuse contribution au chapitre si intéressant d'ailleurs que M. le médecin-major Fournie a publié à ce sujet dans les Archives de médecine et de pharmacie militaires (16 mars 1885).

(A suivre)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie. — Maladies infectieuses.

Communications faites à la 60e réunion des naturalistes et médecins allemands, septembre 1887. — Sections de pédiatrie, de dermatologie et syphilis.

I. Sur un cas d'ostéomyélite suraiguë, par le professeur Kohts (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 44,

p. 949). — II. LUPUS ET TUBERCULOSE CUTANÉE, par le professeur DOUTRELEPONT (*Ibidem*, n° 43, p. 985). — III. LE CONTAGE DE LA SYPHILIS, par le docteur J. DISSE (*Ibidem*, n° 41, p. 888).

I. M. KOHTS a observé dernièrement un cas d'ostéomyélite suraiguë. C'était chez une petite fille de trois ans et demi, exempte de toute tare héréditaire, et qui n'avait jamais eu de maladies infectieuses, telles que rongeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde; pas de traces de rachitisme, ni de scrofule. Les premières dents sont venues dans le courant du septième mois. Vers la fin de la première année, l'enfant était en état de marcher. L'influence du traumatisme sur le développement de l'ostéomyélite n'a pu être établie. Par contre, trois semaines environ avant sa maladie, en plein mois de décembre, l'enfant était tombée dans un bassin d'eau froide et s'était mouillée jusqu'à la peau. Elle fut retirée du bassin tout aussitôt, et changée des pieds à la tête. Cette mésaventure n'eut pas de retentissement apparent immédiat sur la santé de l'enfant. On n'a pas pu savoir si, lors de cette chute, la petite fille avait avalé de l'eau. Elle ne s'était jamais plainte de douleurs aux jambes; en la déshabillant, on n'avait jamais remarqué quoi que ce soit du côté des membres inférieurs, qui pût être considéré comme la trace d'un coup, d'une chute.

Le 15 janvier dernier, la fillette, chaudement vêtue, a fait, en compagnie de son père et dans un coupé bien chauffé, un trajet d'une heure et demie. Le soir, elle manifesta de la mauvaise humeur, avec tendance à pleurer; pas d'appétit. Elle demanda à être couchée. Le lendemain, fièvre, gémissements et plaintes surtout à l'occasion des mouvements actifs et passifs. M. Kohts vit la petite malade à cinq heures du soir. T. 40°5. P. 180. R. 44. Gémissements incessants, et par moments cris, sans qu'on pût obtenir une réponse précise sur une localisation éventuelle de la cause des souffrances. En poursuivant l'examen, M. Kohts s'aperçut que l'enfant évitait de remuer sa jambe droite et que les déplacements imprimés à ce membre provoquaient un surcroît de plaintes. Il n'y avait, à ce niveau, aucune trace apparente de tuméfaction, de rougeur. La jambe était légèrement fléchie sur la cuisse. Pas d'épanchement dans la jointure du genou. Les moindres mouvements de flexion et d'extension imprimés à la jambe droite occasionnaient des douleurs. Selles normales; pas d'albumine dans les urines.

Prescription : Lotions froides, salicylate de soude à l'intérieur, par petites doses; vessies de glace sur la tête et sur le genou droit. Le lendemain, l'enfant était plongé dans une profonde apathie. La flexion de la jambe droite sur la cuisse avait augmentée; pas de tuméfaction. Le moindre attouchement du membre inférieur droit arrachait des cris. Rien d'anormal dans les autres jointures ni dans les muscles. T. 40°,8 (dans l'aisselle); pouls très accéléré, R. 54. Bruits du cœur normaux. Quelques râles disséminés dans la poitrine. La rate paraissait avoir un peu augmenté de volume. Légère albuminurie. Malgré la continuation du traitement, la température s'éleva à 41°. Somnolence vers quatre heures du soir, contracture tonique dans les jambes, puis trismus, accès de tétanie, se reproduisant jusque dans le bain (25 R). La température corporelle s'éleva encore (41°,3). A six heures du soir, coma. Pouls imperceptible, grincements de dents. Les secousses tétaniques devenaient de plus en plus intenses et rapprochées. Mort le 16 janvier, à huit heures du soir.

L'autopsie, pratiquée par M. von Recklinghausen, a donné les résultats suivants : Embolie graisseuse des poumons, infarctus miliaires des poumons et foyers plus volumineux, avec oblitération de certaines artères capillaires; micrococques dans les vaisseaux capillaires, les artérioles et les bronches capillaires des poumons, avec péribronchite suppurée; micrococques dans les capillaires de la rate et des reins. Myosite micrococcienne, ostéomyélite commençante. Il est vraisemblable, d'après cela, fait remarquer M. Kohts, que les poumons et spécialement les bronches ont servi de porte d'entrée à l'agent infectieux; la péri-bronchite suppurée était évidemment la preuve qu'il existait des altérations bronchiques depuis un certain temps déjà. D'autre part, les micrococques trouvés dans les poumons étaient identiques à ceux constatés dans les foyers d'ostéomyélite. Des observations et des expériences de Krause, de Ribbert, de Kraske, ont établi d'ailleurs que les poumons offrent aux micro-organismes de l'ostéomyélite un terrain favorable. L'auteur conclut en fin de compte que :

1° L'ostéomyélite aiguë primitive peut aboutir à un dénouement fatal en l'espace de 36 à 48 heures, à l'instar des maladies infectieuses pernicieuses;

2° La seule influence prédisposante qu'on puisse faire intervenir dans le développement de la maladie de l'enfant dont il a été question, est une chute dans l'eau, survenue trois semaines avant la mort. D'après cela, la période d'incubation aurait évoluée sans symptômes aucuns;

3° Une douleur insolite au niveau des os, sans altérations locales appréciables et sans autres signes objectifs, dénote, dans un cas de fièvre infectieuse intense, une ostéomyélite infectieuse primitive;

4° Dans l'observation ci-dessus, les poumons peuvent être considérés comme ayant été le lieu de pénétration de l'agent infectieux.

II. Tandis que le lupus et les scrofulodermies sont deux formes de tuberculose cutanée qu'on a fréquemment l'occasion d'observer, quelquefois chez un même malade, la tuberculose cutanée proprement dite, qu'on pourrait invoquer comme preuve de la nature non tuberculeuse du lupus, est d'observation très rare, malgré la grande fréquence de la tuberculose généralisée. Peut-être même, ajoute M. Doutrelepont, ne l'avait-on jamais observée jusqu'ici chez un sujet affecté du lupus, et l'auteur pense combler une lacune en publiant deux exemples de ce genre d'association morbide.

Le premier est relatif à une femme de 36 ans, entrée à l'hôpital de Bonn le 5 avril dernier. Vers l'âge de 20 ans, elle avait eu des « glandes » au cou. Il y a deux ans, elle s'est aperçue de l'existence d'une petite nodosité à la lèvre supérieure, située immédiatement au-dessous de la cloison du nez. Peu de temps après, une série d'efflorescences se sont montrées aux deux joues. Dans l'intervalle, la nodosité labiale, envahie par un travail destructeur, avait fait place à une ulcération assez large. Vers la fin de l'année dernière, d'autres petites ulcérations se sont creusées à la face interne des deux lèvres, une autres, de plus grandes dimensions, sur le milieu de la langue; des nodosités ont fait leur apparition sur les gencives. Depuis le commencement de l'année dernière, la malade est sujette à une toux qui est devenue de plus en plus opiniâtre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade était amaigrie, anémique; à la partie médiane de la lèvre supérieure, ulcération assez profonde, du diamètre d'une pièce de 1 franc,

à rebord dentelé, mine en dessous; le fond, d'un rose pâle, était parsemé de petites nodosités grisâtres; sécrétion rare, séro-purulente. L'ulcération était douloureuse au toucher; pourtour à peine rouge. Sur les deux joues, nombreuses nodosités d'un brun rougeâtre, disséminées ou confluentes, entre lesquelles la peau présenté l'aspect du tissu cicatriciel. Sur la face interne de la lèvre inférieure, deux ulcérations des dimensions d'un haricot, à bord dentelé, à fond presque uni, sur lequel on distinguait néanmoins, par endroits, des élevures miliaires grisâtres. Ulcération semblable sur la face interne de la lèvre supérieure. La seule des incisives supérieures qui reste est entourée, à sa racine, d'une couronne de nodosités du volume d'une tête d'épingle, qui se continuent dans le tissu des gencives. Le milieu de la langue est occupé par une ulcération cratériforme, profonde, mesurant 2 centimètres et demi en longueur et 1 et demi en largeur, à fond grisâtre, à bords déchiquetés; à proximité se voient de petites efflorescences rosées, saillantes. Les ulcérations, très douloureuses au moindre contact, gênent beaucoup la mastication. Signes objectifs d'infiltration pulmonaire au sommet gauche; râles disséminés dans toute l'étendue des poumons, des deux côtés.

L'examen du produit de grattage des granulations superficielles a révélé la présence d'un grand nombre de *bacilli tuberculosi*; l'examen des crachats a donné le même résultat. Le lupus des joues et l'ulcération de la lèvre supérieure (face cutanée) ont été traités par des applications d'une pommade à l'acide pyrogallique et des lotions au sublimé (1 pour 1,000); les ulcérations de la muqueuse labiale et de la langue ont été cautérisées au thermocautère et badigeonnées, deux fois par jour, avec une solution de sublimé à 1 %. La malade a été, en outre, soumise à des inhalations d'essence de pin silvestre. Les lésions superficielles sont entrées en voie d'amélioration, mais l'affection pulmonaire a fait des progrès rapides; avec cela, diarrhée profuse, et douleur à la pression dans les fosses iléo-cœcales. La malade demanda à retourner dans sa famille. Au moment où elle quitta l'hôpital, elle présentait des signes cavitaires, au sommet gauche; aux joues, le lupus s'était complètement cicatrisé; à la lèvre supérieure, l'ulcération était comblée par des granulations de bonne nature; des ulcérations qui siégeaient précédemment à la face interne des lèvres il ne subsistait plus d'autre trace que des cicatrices déprimées; la vaste ulcération de la langue était complètement cicatrisée.

La seconde observation concerne un homme de 41 ans, chez lequel la maladie datait de la seconde enfance (8 ans). Depuis une douzaine d'années seulement, l'affection avait pris une tournure alarmante: tuméfaction des joues, éclosion de nodosités qui suppuraient abondamment. Le mal fut enrayé dans sa marche, à la suite de l'application de pommades diverses. Il y a deux ans, le malade commença à tousser et à maigrir; les nodosités de la face furent envahies par un travail ulcératif. Expectoration abondante; hémoptysies, depuis trois mois. Depuis l'hiver dernier, raucité persistante de la voix. Le malade porte présentement sur la lèvre inférieure une vaste ulcération, dont l'époque de début lui a échappé. Cette ulcération occupe les deux tiers de la lèvre; elle est recouverte de croûtes, au-dessous desquelles on découvre un fond grisrougeâtre, couvert de granulations caséeuses, entre lesquelles s'aperçoivent de nombreuses nodosités miliaires grisâtres. Sécrétion peu abondante. L'ulcération est très douloureuse, ce qui fait que le malade peut à peine entr'ouvrir la bouche. Aux deux joues, dans le voisinage immédiat des ailes du nez et sur une largeur de deux travers de doigt, plusieurs stries cicatricielles, disposées symétriquement, entre lesquelles sont disséminées des nodosités plates, brunâtres. Dans la région mentonnière, à droite et à gauche de la ligne médiane, une nodosité ovalaire fluctuante, ayant de chaque côté environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes, non ulcérée; peau amincie à ce niveau. Le nez, dans son tiers inférieur, est envahi par un boursouflement informe, d'où résulte un aspect incurvé, en en forme de selle, malgré que le squelette osseux sous-jacent soit intact. A ce niveau, la peau est parcourue par des vaisseaux visibles à l'œil nu. Il existe une solution de continuité sur l'aile gauche du nez; sur l'aile droite, petites nodosités de lupus, ulcérées. A l'entrée des fosses nasales, la muqueuse est tapissée de croûtes qui recouvrent des ulcérations superficielles. On ne découvre, pas à ce niveau, de nodosités bien nettes. La cloison est perforée dans une assez grande étendue. L'ulcération de la lèvre inférieure se continue sur la muqueuse labiale et vers les joues; là également on distingue des granulations miliaires isolées, sur le fond de l'ulcération. Il en existe une pareille sur l'amygdale gauche. Engorgement des ganglions sous-maxillaires, des deux côtés. A l'examen laryngoscopique, on découvre une ulcération sur l'épiglotte. Signes très nets de tuberculisation des poumons.

La présence de nombreux bacilles spécifiques a été constatée dans les crachats, d'une part, puis dans le produit de raclage des granulations qui parsemaient l'ulcération de la lèvre inférieure et des nodosités nasales non ulcérées. Les *bacilli tuberculosi* étaient peu nombreux dans les masses scrofulodermiques enlevées au menton.

Des applications d'une pommade à l'acide pyrogallique et des lotions au sublimé sur les nodosités de lupus ont produit une amélioration considérable. Irrigations au sublimé, dans les fosses nasales; badigeonnages au sublimé, deux fois par jour, sur les ulcérations du nez et de la bouche. Grattage des petites scrofulodermies au menton, avec lotions consécutives au sublimé. Inhalations d'essence de térébenthine. Malheureusement la tuberculose pulmonaire alla en s'aggravant; le malade, sur sa demande, est retourné dans sa famille.

Des inoculations sous-cutanées (région abdominale) ont été faites à deux cobayes, avec des matières scrofulodermiques et avec des produits de grattage de l'ulcération labiale inférieure. Les unes et les autres ont eu pour suites une tuberculisation généralisée.

Dans les deux observations de M. Doutrelepont, il y a eu, en somme, coexistence du lupus avec des ulcérations tuberculeuses occupant des surfaces muqueuses et cutanées. Dans les deux cas, il existait, en outre, des manifestations ressortissant à une troisième forme de la tuberculose tégumentaire, des scrofulodermies qui représentent la tuberculose du tissu conjonctif sous-cutané.

Cette forme rare de la tuberculose cutanée ne s'observe guère, fait remarquer l'auteur, qu'à une période avancée de la tuberculose des organes profonds; elle se développe habituellement au voisinage de la bouche et de l'anus. Ce siège de prédilection est facile à expliquer : en effet, les deux régions sus-dites sont exposées à une infection directe s'opérant par les crachats pour la bouche; par les matières fécales (tuberculisation de l'intestin) pour le pourtour de l'anus. Les ulcérations, les solutions de continuité de toutes sortes, venant à se former en ces régions, livreront accès aux *bacilli*

tuberculosi dans l'intimité des téguments ; d'où formation de nodosités, qui seront elles-mêmes des points de départ d'ulcérations. Le même mécanisme pathogénique a été invoqué par Chiari, dans un cas de tuberculose vulvo-vaginale. D'autre part, M. Doutrelepont a vu, dans un cas, des plaques muqueuses de la langue être le point de départ d'une tuberculisation de cet organe. Il ne nie pas d'ailleurs que la tuberculose cutanée ne puisse être, exceptionnellement, le produit d'une infection opérée par le sang chargé des bacilles spécifiques.

III. D'après M. Disse, en recueillant des gouttelettes de sang à la surface de la peau, préalablement désinfectée, d'un syphilitique, et en colorant le liquide d'après le procédé de Gram, on y découvre, en se servant d'un grossissement convenable, des coccus, enveloppés chacun d'une coque, et qui nagent librement dans le plasma ; ces coccus sont répartis très inégalement dans le champ de la préparation.

Ensemencés dans des milieux de culture stérilisés, à une température maintenue entre 20° et 40° C., ces coccus se multiplient, en formant au bout de quelques jours un dépôt superficiel, d'un blanc grisâtre. Les cultures ainsi obtenues sont formées principalement : 1° de diplocoques, mesurant 0,m.m.0018 en longueur, animés de mouvements propres dans du bouillon de viande neutralisé et porté à une température élevée ; 2° de diplocoques plus volumineux, immobiles. Ces derniers se dédoublent en diplocoques plus petits, animés de mouvements. Des coccus isolés, tels qu'on les observe dans le sang des syphilitiques qui traversent une phase latente de la maladie, se rencontrent beaucoup plus rarement dans les cultures ; ils sont privés de mouvements. Des coccus présentant les mêmes caractères morphologiques ont pu être isolés du sang de deux cadavres de syphilitiques, mais jamais du sang de personnes n'ayant pas eu la vérole.

Les cultures pures de ce diplocoque, inoculées à des mammifères à travers une plaie, se multiplient rapidement. On les retrouve dans le sang des animaux inoculés, au bout de deux semaines lorsqu'il s'agit de lapins, de chiens, au bout de quatre semaines chez les moutons. Ils s'y maintiennent pendant fort longtemps, jusqu'à la mort de l'animal inoculé. On les retrouve également dans les urines, plusieurs mois après l'inoculation.

Des inoculations ont été faites avec des cultures pures du diplocoque en question, chez 7 lapins, 5 chiens, 2 moutons. Tous ces animaux sont tombés malades ; des lésions se sont développées dans le cœur, le foie, le poumon et les reins, dans la muqueuse utérine et le placenta chez les femelles inoculées pendant la gestation. Chez ces dernières, la maladie a été transmise aux produits de la conception. Pour la description des lésions ainsi développées par voie expérimentale, nous renvoyons au mémoire de l'auteur.

M. Disse conclut en fin de compte que : les diplocoques découverts et isolés par lui sont manifestement pathogènes, que les caractères des lésions produites par voie d'inoculation et leur transmissibilité par voie d'hérédité sont de nature à faire admettre que l'affection transmise était bien la syphilis.

Les recherches de l'auteur ont été exposées d'une façon plus détaillée dans les comptes rendus de l'Académie impériale de Tokio (Teikoku Dapgaku Kiyo) de cette année.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de zoologie médicale, par Raphael Blanchard professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire-général de la Société zoologique de France. Deuxième partie (pages 193 à 480). — Chez J.-B. Baillière et fils.

La seconde partie du Traité de zoologie médicale de M. Raphaël Blanchard, dont nous avons analysé ici la première partie, a paru il y a quelque temps déjà. Cette partie comprend la suite de l'ordre des Zoanthaires et l'ordre des Aligonaires. Les classes des Hydroméduses et des Cténophores.

L'auteur nous donne ensuite l'embranchement des Echinodermes avec les classes des Crinoïdes, des Artérides, des Echinodes, des Holothurides et des Entéropneustes.

Le volume se termine par l'embranchement des vers, qui n'est pas le moins intéressant pour le médecin, car plusieurs chapitres sont consacrés aux divers tænias. L'auteur a fait des recherches très consciencieuses ; il décrit ce qu'il a vu et il le fait avec une grande clarté, s'aidant de gravures très exactes. Ce livre est indispensable à tout médecin, car on ne trouve dans aucun Traité de Pathologie ces détails, si indispensables pour la connaissance des animaux inférieurs parasites de l'homme et des animaux domestiques.

Dr D.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude du rétrécissement sous-aortique, par M. Léon Barrault.

Le rétrécissement sous-aortique est une lésion qui, pour être assez rare, n'en possède pas moins une individualité assez nette pour que les observateurs qui l'ont fait connaître aient cru devoir lui attribuer une place à part parmi les autres variétés de cardiopathies. En France, ce sont principalement les recherches de Vulpian et de Liouville qui ont contribué à constituer son histoire anatomique et clinique, et il reste peu de chose à ajouter à leurs descriptions, qui ont pour appui un certain nombre d'autopsies où l'existence de cette lésion a été établie d'une manière indéniable.

Le travail de M. Barrault, bien que dépourvu de ce cachet d'originalité que donnent les recherches personnelles, est de nature cependant à confirmer l'opinion que l'on doit se faire concernant l'importance clinique du rétrécissement sous-aortique.

Cette importance, moins grande assurément que celle des lésions similaires (rétrécissement aortique proprement dit, sténose mitrale), n'en est pas moins réelle, et l'étude des symptômes, par exemple, montre que le diagnostic comporte certaines difficultés et peut devenir la cause d'erreurs presque inévitables pour un médecin non prévenu.

Cette lésion est particulièrement facile à confondre avec le rétrécissement aortique vrai, dont elle présente la plupart des signes cardiaques et artériels. Mais il existe une différence notable par la localisation du souffle systolique qui, dans le cas de sténose sous-aortique, a son siège d'élection au-dessous du point maximum du rétrécissement de l'orifice, c'est-à-dire au niveau du 4e espace intercostal gauche sur le bord du sternum. La possibilité d'un second foyer au niveau du 2e espace intercostal droit, avec intervalle de silence relatif, à

été signalée par M. Cuffer, qui a donné à cette disposition le nom de SOUFFLE EN SABLIER.

On peut ajouter avec M. Barrault que, si les causes habituelles de cette lésion paraissent être les mêmes que celles des autres cardiopathies organiques (endocardite rhumatismale, chorée, etc.), comme le prouve en particulier sa coïncidence fréquente de l'insuffisance mitrale (endocardite du sinus mitro-sigmoïdien), en revanche le pronostic en paraît généralement plus favorable.

Les cas assez nombreux où elle n'a été constatée qu'à titre de trouvaille d'autopsie, et pour ainsi dire d'une manière fortuite, prouvent en effet qu'elle peut évoluer et persister longtemps sans amener de troubles notables du côté de l'appareil de la circulation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE D'UNE FORME DE CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE DU FOIE AVEC ICTÈRE CHRONIQUE, par M. MAXIMILIEN SCHACHMANN.

Dans cette étude, longue et consciencieuse, M. Schachmann a cherché à mettre en relief et à isoler, à titre d'individualité morbide distincte, une forme de cirrhose qui semble avoir été confondue jusqu'à présent avec d'autres variétés de lésions similaires et particulièrement avec la cirrhose hypertrophique que M. Hanot nous a fait connaître dans une monographie devenue classique.

Cette préoccupation se fait jour dans les différentes parties de son travail, mais nous devons dire que les arguments propres à la justifier nous semblent fournis par des déductions et des raisonnements plutôt que sur des preuves tirées directement de la clinique. Ainsi la description que l'auteur en donne se rapproche très sensiblement de celle de la cirrhose à laquelle M. Hanot a attaché son nom, et nous avons cherché vainement les différences qui doivent servir à consacrer leur séparation. En ce qui concerne l'anatomie pathologique, M. Schachmann signale principalement la conservation, ou tout au moins l'intégrité apparente des cellules hépatiques mise en regard de l'énorme développement de la trame conjonctive de l'organe. Cette particularité est pour lui d'une importance capitale; elle semble indiquer que le travail de prolifération embryonnaire ne constitue dans l'espèce qu'une lésion secondaire, accidentelle en quelque sorte. Le point de départ de la maladie résiderait, en réalité, dans un trouble fonctionnel et exclusif de la glande hépatique, assez analogue à celui qui, dans un autre ordre d'idées, permet à celle-ci de fabriquer du glycogène en excès. En d'autres termes, il s'agirait ici d'une sorte de *diabète biliaire*, maladie bien distincte des autres formes de cirrhose hypertrophique accompagnée d'ictère, avec lesquelles on a voulu arbitrairement l'englober.

Telle est la donnée principale qui se dégage du travail de M. Schachmann. Il est juste d'ajouter que l'auteur a cherché aussi des arguments dans la clinique, en s'efforçant de montrer que les symptômes par lesquels cette variété de cirrhose se manifeste lui sont bien réellement propres, et parmi eux la persistance d'un état général satisfaisant et d'un bon fonctionnement des voies digestives, circonstance qui s'accorde précisément avec l'intégrité anatomiquement constatée de la cellule hépatique, c'est-à-dire avec la conservation de l'élément noble et actif du foie. Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse au sujet de cette théorie, et alors même que la discussion ne devrait pas entraîner la conviction, on devra tenir compte à l'auteur des efforts qu'il a fait pour l'étayer sur une base solide et pour établir définitivement l'autonomie de cette nouvelle forme d'hépatite, sur laquelle des recherches ultérieures viendront sans doute porter définitivement la lumière.

Dr P. M.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — ALIMENTATION THÉRAPEUTIQUE, par le docteur POL. VERNON. — Les recueils médicaux ont annoncé, il y a quelque temps déjà, le grand progrès réalisé dans l'alimentation thérapeutique par M. Rousseau, qui a introduit dans la matière médicale, à la satisfaction de tous les praticiens, la *Tablette de bœuf condensé*, « ce type du nutriment parfait et savoureux, de l'eupeptique agréable », selon les expressions de l'un de nos plus estimés collègues de la presse médicale.

Le nouveau médicament aliment a été accueilli avec la plus grande faveur par tous ceux qui envisagent la méthode analeptique comme la médication préventive et curative par excellence de toutes les diathèses d'affaiblissement. Des expériences, très favorablement concluantes, qui se poursuivent actuellement encore dans le service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, montreront à nos lecteurs tous les bénéfices qu'ils peuvent tirer dans leur clientèle de cet aliment scientifique, véritablement fidèle et efficace. En attendant que les nombreuses observations recueillies puissent être publiées *in extenso*, je désire aujourd'hui résumer, d'après les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu, les principales indications remplies cliniquement par la Tablette Rousseau.

Dans les convalescences des fièvres graves, la durée de l'hospitalisation se trouve de beaucoup diminuée chez plusieurs malades, par l'emploi de cet aliment rationnel :

OBSERVATION I. — C..., 23 ans (salle Saint-Christophe, lit n° 4) : fièvre typhoïde sort dix jours après le début de sa convalescence.

OBS. II. — Tbour..., 20 ans (salle Saint-Christophe, lit n° 18), est rapidement rétabli, après une fièvre typhoïde des plus sérieuses.

OBS. III. — Lab..., 23 ans (salle Saint-Christophe, lit n° 25), atteint de fièvre typhoïde encore plus grave, *longtemps considéré comme atteint de tuberculose aiguë*, se rétablit, grâce aux Tablettes Rousseau, après une convalescence plus longue, mais très normale.

Les observations IV, V, VI, VII, avec complications pulmonaires, etc., VIII (un érysipèle ambulant des plus graves), etc...., nous offrent également de remarquables succès à l'actif de la médication que nous recommandons aujourd'hui.

Un grand nombre d'autres observations de maladies *chroniques avec intolérance gastrique* ont été relevées dans le même service (tuberculoses avec nombreuses cavernes, hémoptysies répétées, cachexies profondes, vomissements, gastrites chroniques, ulcères de l'estomac, névropathies graves, cancers utérins, avec généralisation, pleurésies, myocardites, etc , etc.) dans lesquelles la Tablette Rousseau fut régulièrement administrée.

Toujours (*dans les observations que nous avons sous les yeux*), nous voyons le médicament aliment admirablement supporté, l'anorexie diminuer, les vomissements s'arrêter net, la digestion se faire ensuite normalement, et la tolérance gastro-intestinale se rétablir. De plus (remarque précieuse à faire, si l'on songe aux répugnantes préparations carnées d'autrefois), les malades acceptent tous, facilement et avec le plus grand plaisir, la Tablette Rousseau, alors que tout autre genre de nourriture leur cause un dégoût invincible! Parmi les nombreux malades traités ainsi, on n'en a rencontré *qu'un seul* réfractaire à l'ingestion de ce peptogène savoureux, de ce reconstituant effectif.

Je n'affaiblirai pas, par de trop longues réflexions, l'éloquente portée de ces observations cliniques. Je dirai seulement que la matière médicale semble posséder aujourd'hui, enfin, à force de patientes recherches et de longs tâtonnements, l'analeptique idéal, l'hématogène spécifique répondant pleinement au *desideratum* hippocratique « tuto et jucunde ». Sa richesse en albuminoïdes et en phosphates, sa peptonisation assurée, rapide et parfaite, font de la Tablette Rousseau l'aliment scientifique le plus propre à entretenir le mécanisme de la vie et à former les bases d'un régime rationnel; c'est l'analeptique richement assimilable et le plus capable de confirmer la suractivité de l'énergie organique défaillante : point de crainte pour le praticien que, bien administré, il ne tienne point ces promesses...

Les applications de cet appétissant aliment sont, on le comprendra, des plus étendues. Il s'adresse d'abord aux phthisiques, aux convalescents, à tous les débilités... Sans avoir les dangers de la viande crue (redoutable non seulement par le tænia, mais encore par les bacilles *pathogènes* qu'elle peut renfermer), la Tablette Rousseau se trouve dans un état de *division moléculaire tel* qu'elle est aisément attaquée par les sucs gastro-intestinaux les plus insuffisants. Elle s'incorpore donc, *s'annexe* pour ainsi dire d'elle-même aux tissus organiques. Son séjour dans l'estomac est des plus courts, parce qu'elle constitue, malgré sa grande richesse, un nutriment léger et eupeptique, sa peptonisation étant remarquablement facile et complète. De plus, son odeur et sa saveur sont des plus agréables, grâce à l'osmazône total qu'elle renferme, et sa conservation est rendue presque indéfinie, grâce aux perfectionnements apportés dans la préparation si délicate de cette chair, concentrée par un procédé nouveau.

Pour équilibrer la nutrition défaillante et enrayer la désassimilation organique qui s'opère dans les maladies chroniques avec une si effrayante rapidité ; pour fortifier, réconforter le liquide sanguin en état de misère physiologique ; pour restituer aux digestions défectueuses la vigueur qui leur manque et supprimer l'atonie gastro-intestinale, rien ne vaut la Tablette de bœuf condensé. Riche en albuminates assimilables, elle est digérée par les estomacs les plus malades et assimilée par les intestins les plus paresseux; bien plus, elle guérit la gastralgie et les gastro-névroses et met un terme aux diarrhées chroniques, sans créer jamais de constipation en retour.

Dans les fièvres graves, c'est à coup sûr l'aliment le mieux approprié pour lutter contre la consomption pyrétique et fournir au processus thermique le dynamophore capable d'épargner le mieux aux tissus une déperdition anatomique trop accentuée. Les fébricitants acceptent d'ailleurs les Tablettes de bœuf condensé aussi facilement que les convalescents eux-mêmes, sur l'histogenèse desquels nous constations tout à l'heure son énorme puissance d'organisation. Nous les prescrivons également avec succès aux diabétiques pour corser le régime carné et combler les déficits organiques et la dénutrition consommés par la glycogenèse morbide.

Dans la chlorose et l'anémie, chez les névropathes épuisés, les scrofuleux et les sujets amaigris, la Tablette Rousseau *transforme littéralement la nutrition générale*, ranime l'appétit et l'assimilation, enrichit l'hématose et augmente en peu de temps le poids du corps. En facilitant puissamment l'activité organique et rétablissant dans leur intégrité les échanges moléculaires, d'où résultent la vie normale et la santé, cette énergique médication reconstitue le sujet le plus épuisé et ne tarde pas à arrêter (pour un temps au moins), la marche envahissante des lésions diathésiques.

NOTES & INFORMATIONS

CONCOURS POUR LES MÉDECINS DU BUREAU DE BIENFAISANCE. — Lundi dernier s'est ouvert à l'Assistance publique le premier concours pour la nomination aux emplois de « médecin du traitement à domicile ».

La question n° 3 qui est sortie de l'urne est la suivante : « De la délivrance artificielle. Conduite à tenir dans les différents cas.» Les deux autres questions étaient : « Conduite à tenir dans la présentation du siége et Conduite à tenir dans les cas d'hémorrhagie utérine survenant après l'accouchement à terme.

— Le ministre de la guerre a décidé que la convocation des engagés conditionnels étudiants en médecine et pharmacie, régulièrement inscrits pour recevoir l'application de la circulaire du 12 octobre 1886, sera ajournée.

En conséquence, les jeunes gens appartenant à cette catégorie recevront ultérieurement, conformément au paragraphe 7 de ladite circulaire, des ordres d'appel individuels par les soins des commandants des bureaux de recrutement.

Ceux qui auront pu déjà leur être adressés seront considérés comme annulés.

— ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE. — Le cardinal-archevêque de Porto (Portugal) vient d'instituer à ses frais une chaire d'hygiène au séminaire de Corballon, et de décider également qu'aucune personne ne serait désormais admise dans les ordres avant d'avoir subi avec succès l'examen d'hygiène.

Rappelons à ce propos que, dans un certain nombre d'Universités suisses et allemandes, la fréquentation du cours d'hygiène est obligatoire, au moins dans certaines de ses parties, par tous les étudiants des diverses Facultés; dans d'autres, un cours spécial est fait aux étudiants en théologie.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le docteur A. Riembault (de Saint-Etienne), médecin des mines de Saint-Etienne, vient de mourir à Morey (Côte-d'Or), où il était allé depuis quelques mois soigner, au sein de sa famille, la maladie qui l'a emporté à l'âge de 59 ans. Il avait débuté dans la carrière médicale en qualité de médecin des Forges de Commentry. En 1858, ayant pris part à un concours pour une place de médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne et ayant été nommé, il vint se fixer dans cette ville. Pendant plus de trente ans, Riembault s'est surmené en quelque sorte pour faire face à ses multiples occupations et pour répondre aux exigences d'une clientèle considérable. Doué d'une grande facilité de travail, il ne laissa pas que de produire, outre de nombreux rapports médico-légaux, et quelques rapports ou opuscules sur des questions d'hygiène ou de statistique intéressant Saint-Etienne, divers mémoires. Citons : un *Mémoire sur la fièvre pseudo-continue observée à Commentry* (1857), un *Rapport concernant l'ambulance mobile de Saint-Etienne, attachée à l'armée de la Loire puis à l'armée de l'Est* (1871), et plusieurs travaux sur l'*Hygiène des mineurs* (1861), sur l'*Encombrement charbonneux du poumon* (1881), sur la *Catastrophe du puits Jabin* (1876) et sur celle du *puits Chatelus* (1887), sur les *brûlures internes du grisou* (1883), etc. Riembault venait d'être, il y a quelques mois, nommé membre correspondant de l'Académie de médecine.

PAUL FABRE.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS.— *Cours*.— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 11 novembre 1887, à cinq heures de l'après-midi, à la Faculté (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure (à la Faculté), les mercredis à l'Ecole pratique, à une heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au deuxième étage.

— M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de pathologie interne le samedi 12 novembre 1887, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le vendredi 11 novembre 1887, à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 11 novembre 1887, à neuf heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Ordre du cours. — Les mardis : Leçons au lit des malades. Les vendredis : Leçons à l'amphithéâtre (10 heures).

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur Trélat commencera le cours de clinique chirurgicale, le mercredi 16 novembre 1887, à 10 heures.

Les mercredis et vendredis : Leçons à l'amphithéâtre et opérations, à 10 heures. — Les lundis : Maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire.

Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à 9 heures.

— M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 13 novembre 1887, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure. Il traitera dans sa première conférence : « De la dypsomanie. »

— M. le professeur Duplay commencera le cours de médecine opératoire le samedi 12 novembre 1887, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur S. Pozzi, agrégé libre, commencera son cours libre de gynécologie le mardi 15 novembre 1887 (petit amphithéâtre de la Faculté), à six heures de l'après-midi, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Programme du cours : « Maladies des organes génitaux de la femme. »

— M. le docteur Doléris commencera un cours de gynécologie le mercredi 16 novembre, à 3 heures 1/2, et les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure, 12, rue de Navarre.

— M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 16 novembre, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le mardi 15 novembre, à 5 heures (amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— M. Troisier, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne le vendredi 11 novembre 1887, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Campenon, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le jeudi 10 novembre 1887, à 5 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en 40 leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à huit heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 14 novembre.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire, au docteur Fournel, 20, rue de la Michodière, ou au concierge du cours.

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera, à l'Ecole pratique, son cours sur les « Affections de l'urèthre et de la prostate », le vendredi 11 novembre, à cinq heures. Il le continuera les lundis et vendredis suivants.

— Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses « Leçons sur les maladies des femmes » à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 14 novembre, à une heure.

Examen des malades tous les lundis, à la même heure.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses « Leçons de clinique chirurgicale » le lundi 14 novembre et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

— M. Legroux, agrégé libre, commencera le cours libre de pathologie interne le mercredi 16 novembre 1887 (petit amphithéâtre), à huit heures et demie du soir, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Programme du cours : « Etiologie, pathogénie, signes, traitement et prophylaxie des maladies principales de l'enfance. »

***

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Delplanque est maintenu, du 1er janvier au 31 décembre 1888, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

M. Focken est maintenu, pendant l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

M. Doumer, agrégé, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de physique.

Ecole de médecine de Toulouse. — Les professeurs titulaires, les chargés de cours et suppléants pourvus du grade de docteur ou de pharmacien de première classe de l'Ecole de plein exercice de médecine de Toulouse, sont convoqués le 20 novembre 1887, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Toulouse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

M. Thiau. De la réduction de la luxation du pouce en arrière — M. Piedpremier. Urétrocèles vaginales. — M. Gaudin. Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou. — M. Mongin. Etude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

66. M. Ripoteau. Contribution à l'étude du traumatisme et du rhumatisme. — 67. M. Bon. Des rétentions d'urine inflammatoires et de leur traitement. — 68. M. Julia. Sur les symptômes thoraciques initiaux de la tuberculose pulmonaire. — 69. M. Bertrand. Contribution à l'hygiène navale. — Histoire d'une épidémie de choléra survenue à bord du transport-hôpital « Le Tonquin ». — 70. M. Crossouard. Etude à l'appui de l'origine infectieuse du tétanos et en particulier de son origine équine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 30 OCTOB. AU SAMEDI 5 NOVEMB. 1887

Fièvre typhoïde 16.—Variole 5 — Rougeole 10.— Scarlatine 5. — Coqueluche 6.— Diphtérie, croup, 14 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 189.— Autres tuberculoses 22. — Tumeurs : Cancéreuses 47. — Autres 5. — Méningite 24. — Congestion et hémorr. cérébr. 37. — Paralysie 3 — Ramollissement cérébral 11.— Maladies organiques du cœur 47.—Bronchite aiguë 18. — Bronchite chronique 44. — Broncho-pneumonie 23.— Pneumonie 60. — Gastro-entérite : Sein 23. — Biberon 29. — Autres 9. — Fièvre et périt. puerpérales 6. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 33. — Suicides 15. — Autres morts violentes 11. — Autres causes de mort 182. — Causes inconnues 9. — Total de la semaine : 929 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De l'exercice et des troubles de la parole et du langage, étude psycho-physiologique, par le docteur Ferrand. In-8, avec une planche. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delabaye et E. Lecrosnier.

La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins, par le docteur Robson Roose, membre du Collège royal de médecine d'Edimbourg, ouvrage traduit d'après la troisième édition anglaise, par le docteur Lucien Deniau. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50 — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale. — Cou. — Membre supérieur.— Poitrine. Un volume in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité pratique des maladies du foie, par J. Cyr, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Un vol. in-8 de VIII-886 p. — Prix : 12 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Eléments de médecine suggestive. — Hypnotisme et suggestion. — Faits cliniques, par MM. les docteurs J. Fontan, médecin principal de la marine, professeur à l'Ecole de Toulon, et Ch. Ségard, médecin de première classe, chef de clinique à l'Ecole de Toulon. Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Montbyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine (prix Chateauvillard, 15 janv. 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. Un vol. in-8 de 975 pages, avec 130 figures et 1 planche en chromo-lithographie. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 47 19 NOVEMBRE 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

NOTES SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA GYNÉCOLOGIE EN ALLEMAGNE, par le docteur S. Pozzi, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE DE STRASBOURG.

Dans une première série de Notes (voir la GAZETTE MÉDICALE du 1er janvier 1887 et suiv.), rédigées à la suite de ma mission en Autriche-Hongrie et en Allemagne, je m'étais surtout attaché à étudier dans l'enseignement de la gynécologie son importance et la cause de ses succès.

Cette année, la prolongation de ma mission m'a permis de compléter les renseignements que j'ai recueillis sur ce sujet. Mais l'exposé de ces nouveaux détails ne viendrait rien ajouter d'essentiel à la signification de mon premier travail et n'en modifierait pas les conclusions.

J'ai trouvé à Fribourg, à Halle, à Leipzig, que j'ai successivement visités avant de revoir Berlin et Vienne, la même organisation judicieuse, la même installation soignée permettant un enseignement théorique et pratique de la gynécologie, ce qui malheureusement n'existe encore ni à Paris ni dans aucune des Facultés de notre pays.

J'ai pensé qu'au lieu de revenir sur un sujet que j'ai déjà presque épuisé, il était préférable de donner un autre objet à ces nouvelles notes. Tandis que dans les précédentes je me suis attaché surtout à exposer le mode d'enseignement, j'ai consacré celles-ci à la description de l'installation matérielle et au fonctionnement d'un service type de gynécologie et d'obstétrique.

Ces deux enseignements sont, en Allemagne, plutôt juxtaposés que confondus. A l'étranger, la spécialisation exclusive des gynécologistes tend de plus en plus à s'opérer, et elle existe déjà presque partout *de facto* avant d'être consacrée officiellement par le dédoublement des chaires. On verra du reste, par les développements qui suivent, quelle large place la gynécologie clinique et opératoire occupe dans une Maternité allemande. Elle y constitue en réalité une grande division du service général, égale en importance à la division obstétricale.

Au lieu de décrire successivement les divers services d'hôpitaux destinés aux maladies des femmes et accouchements que j'ai visités, j'ai cru pouvoir me borner à choisir celui dont l'organisation est la plus récente et m'a semblé la plus parfaite. Celui de l'Université de Strasbourg peut être vraiment pris pour modèle.

Son installation très étendue et plusieurs fois remaniée avant d'être définitive, n'a été complétée que l'an dernier. De l'aveu de tous ceux qui l'ont visitée, elle laisse bien peu à désirer. L'Université de Tubingue va, m'assure-t-on, la copier de point en point.

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE.

Annalistes. — Chroniqueurs. — Mémorialistes.

Suite. — Voir les numéros 12 et 20.

Dans ce même XVIIe siècle, nous pourrons citer aussi comme ayant fourni des matériaux d'un grand prix à l'histoire des lettres, des sciences et des mœurs, Guy-Patin, dont la correspondance fourmille de renseignements curieux. Et, nommant Guy-Patin, comment négligerions-nous de rappeler son ami, Gabriel Naudé, ce modèle des bibliophiles et des bibliothécaires qui, sans parler de son livre sur les *Coups d'États*, a publié un volume rempli de tant de renseignements, sous ce titre : *Jugeant de tout ce qui a été imprimé contre le cardinal Mazarin*, depuis le 6 janvier jusqu'au 1er avril 1649 (1).

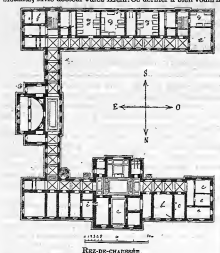
(1) In-4o. Une seconde édition de ce volume est très recherchée des curieux (717 pages). L'abbé Mérier de Saint-Léger a rédigé pour cet ouvrage une table de 4 pages qui, si nous en croyons Charles Weiss, n'aurait été imprimée qu'à douze exemplaires. On pourrait encore trouver des documents historiques dans deux autres opuscules de Naudé, ainsi intitulés : 1o Remise de la bibliothèque du cardinal Mazarin entre les mains de M. Tubeuf (1651) — 2o Avis à Messeigneurs *du Parlement* sur la vente de la bibliothèque du cardinal Mazarin, 1652 (in-4o).

Nous citerons encore le médecin Valant, dont les manuscrits ont été mis à contribution, si nous en croyons Sainte-Beuve (1), par Victor Cousin pour son histoire de Mme de Sablé, et par M. Edouard de Barthélemy, pour son édition des Œuvres inédites de La Rochefoucault.

Nous pourrons nommer encore C. Dellon, ce médecin-voyageur qui, victime de l'Inquisition de Goa en 1874 a publié, après avoir été gracié à Lisbonne par le roi de Portugal, ou plutôt par le grand Inquisiteur, une relation des manœuvres auxquelles il fut en butte de la part du Sacré-Tribunal de l'Inde portugaise (1688). Dellon a publié en outre le récit de ses voyages aux Indes-Orientales (Pa-

(1) *Nouveaux Lundis*, t. V, p. 373.

J'ai pu visiter dans tous ses détails ce bel établissement, grâce à la courtoisie du professeur Freund et d'un de ses assistants, M. le docteur Jules Klein. Ce dernier a bien voulu me



REZ-DE-CHAUSSÉE.

a. Entrée principale.
b Portier.
c. Chambres d'étudiant.
d. Femmes enceintes (dortoir).
e. Femmes enceintes (réfectoire).
f. 2e sage-femme.
i. Econome.

donner des notes précises au sujet des derniers remaniements. Elles m'ont permis de rectifier en plusieurs points les indications contenues dans un ouvrage récent (1). Je dois encore à M. Klein les documents statistiques très intéressants qu'on trouvera consignés plus loin.

La clinique d'accouchements et de gynécologie (*Die Gebartshilfe Klinik*) est un magnifique bâtiment construit loin du centre de la ville, près des fortifications. Il est formé de deux grandes ailes parallèles ayant leurs façades l'une au nord, l'autre au sud, reliées du côté de l'est par une construction très étroite. Le tout a la forme d'un fer à cheval anguleux, ouvert à l'ouest : c'est de ce côté que soufflent les vents frais en été, et telle est la raison qui a fait choisir cette orientation.

I. SERVICE DE GYNÉCOLOGIE.

§ 1. *Distribution des locaux.* — Le service de gynécologie occupe tout le premier étage du nouveau bâtiment. Il se décompose en 9 salles avec 36 lits. La plus grande contient 8 lits et les plus petites 1, 2 ou 3 lits. Ces dernières sont destinées à recevoir les laparotomisées.

De plus, il existe dans le corps de bâtiment de l'hôpital civil 2 salles (14 lits) d'isolement affectées spécialement aux maladies infectantes (cancers, fistules, accouchées malades).

Ce dernier service toutefois a dû être abandonné cet automne et remplacé par une baraque bâtie dans un coin du jardin entourant la nouvelle clinique. Cela fait un total de 11 salles avec 50 lits. Le service y est fait par 3 assistants (pour la répartition, voir le paragraphe « *Assistants* »), par 3 sœurs et 7 infirmières.

Le nombre des malades traitées a été d'environ 400 par an pour les dernières années. Cependant, le nombre de lits ayant augmenté depuis la nouvelle installation (octobre 1886), il est certain que le nombre des admissions ira en grandissant.

La salle d'opérations se trouve au même étage dans le bâtiment qui réunit les deux ailes. Elle est éclairée de trois côtés et par le haut et est entourée de gradins.

Les opérations se font soit devant tous les auditeurs de la clinique, soit devant quelques étudiants seulement. Ils y sont alors conviés à tour de rôle.

§ 2. *Statistique générale des grandes opérations.*— Les principales opérations se répartissent comme suit :

1885. — 407 malades.

Laparotomies : 24.

(1) *Festschrift für die 58 Versammlung deutscher Naturforscher und Ærzte. — Die Natur Wissenschaften und medicinischen Institute der Universitæt und die Naturhistorischen Sammlung der Stadt Strasburg.* — Strasburg. J.-H. Heitz, 1885, p. 113 et suiv.

---

ris, 1685. 2 vol. in 12o). On doit aussi à Dellon un *Traité des maladies particulières aux pays orientaux et dans la soute* (Amsterdam, 1695, in-12o).

De retour en France, il fut attaché au prince de Conti, qui l'emmena en Hongrie. On ignore l'époque de sa mort.

Au XVIIIe siècle, nous trouvons Zimmermann, le célèbre auteur des Traités sur la *Solitude*, sur l'*Expérience*, sur la *Dysenterie*. Ce médecin suisse a laissé en effet une biographie des plus intéressantes de Haller, dont il fut l'hôte en même temps que l'élève. Mais les documents qu'il nous a laissés sur Frédéric-le-Grand sont bien plus importants à notre point de vue (1). Zimmermann avait eu l'occasion de voir le roi de Prusse plusieurs fois ; il en avait été parfaitement accueilli en 1771, lorsqu'il était allé à Berlin se faire opérer par Meckel d'une hernie congénitale à caractère anormal. Quinze ans plus tard, Frédéric II, alors en proie à la maladie qui allait le conduire au tombeau, voulut avoir l'opinion de Zimmermann et le rappela à Berlin.

C'est en 1768 que Zimmermann, depuis longtemps déjà atteint de mélancolie, était arrivé à Hanovre (il avait été nommé, après le décès de Werhof, médecin du roi d'Angleterre pour l'Electorat de Hanovre). Il regrettait ses montagnes. Sa femme et sa fille viennent à mourir. Son fils est frappé d'aliénation mentale, et la mélancolie hypochondriaque du père tourne bientôt à la misanthropie et pis encore. Zimmermann passe pour avoir eu sa raison ébranlée par les événements de la Révolution française. Il croyait que c'était pour le poursuivre et le persécuter que les Français allaient envahir le Hanovre.

En vain Catherine II, enthousiasmée par la lecture de la *Solitude*, voulut-elle attirer Zimmermann à Saint-Pétersbourg. Il se contenta d'entretenir avec cette impératrice une correspondance qui dura six années (1), et de lui procurer de jeunes médecins pour ses Etats et pour ses armées.

Zimmermann fut récompensé de ces services par la croix de Saint-Wladimir. Réduit au marasme, dit Richerand (2), et tombé

(1) *Sur Frédéric-le-Grand et mes entretiens avec lui peu de temps avant sa mort. — Fragments sur Frédéric-le-Grand, son gouvernement et son caractère.* Leipzig, 3 vol. in-8o.

(1) Cette correspondance a été imprimée à Brême en 1803, par les soins de M. Marcard.

(2) *Biographie Michaud.*

(5 cas de mort : 1 tuberculose du péritoine, 2 myomtomies et 2 tumeurs malignes.)

Raclages et évidements de l'utérus : 45.
Opération de périnéoplastie : 7.
Extirpations totales de l'ntérus par le vagin : 5 (1 cas de mort).
Colporrhaphie : 1.
Ouvertures d'hématocèles par le cul-de-sac postérieur : 2.
Opérations d'Emmet : 6.
Extirpations de polypes : 3.
Amputations du col : 2.
Etc., etc.

1886. — 415 malades.

Laparotomies : 26 (2 cas de mort : 1 tuberculose dn péritoine et 1 Porro).
Raclages de l'ntérus : 37.
Opérations de périnéoplastie : 9.
Colporrhaphies : 11,
Fistules : 4.
Extirpations totales de l'utérus : 1.
Opérations d'Emmet : 3.
Amputations du col : 4.
Opération césarienne : 1.
Cancers de la vulve : 2.
Etc., etc.

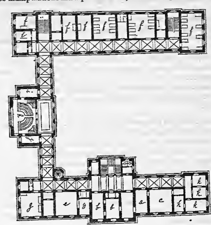
§ 3. *Précautions antiseptiques spéciales.* — Pour les grandes et petites opérations, tous ceux qui approchent de l'opérée doivent être revêtus d'un vêtement en toile blanche, les manches de chemise retroussées. Les mains et les bras sont désinfectés au sublimé à 1/1000e. Personne ne touche aux instruments que le professeur et les assistants ; une infirmière en chef spéciale est préposée aux éponges.

Tous les instruments sont bouillis dans l'eau phéniquée à 5 0/0 après chaque opération ; pendant l'opération, ils reposent aussi dans la solution à 5 0/0.

Prenons pour exemple une ovariotomie simple : Le diagnostic étant posé et l'opération décidée, la malade est préparée pendant quelques jours : ses intestins sont vidés et désinfectés.

Avant l'opération, lavement, irrigation du vagin, désinfection des parois abdominales. Après cela, le ventre est entouré de serviettes chaudes, phéniquées.

Le professeur change avant chaque laparotomie complètement ses habits. Un assistant placé vis-à-vis de lui l'aide dans les manipulations intra-péritonéales ; un second passe les ins-



Premier étage.

a. Salle d'attente.
b. Cabinet du professeur.
c. Salle de consultation.
d. Bibliothèque.
e. Laboratoire et collections.
f. Gynécologie.
h. Salle d'opérations.
i. Petite salle pour les malades avant l'opération.
j. Instrumentarium.
k. Premier et deuxième assistants.
l. Quatrième assistant.

truments. L'infirmière en chef passe les éponges et serviettes. Personne d'autre ne touche è qnoi que ce soit.

Chloroforme. Incision. Hémostase complète. Fixation préa-

à 66 ans dans un état de décrépitude anticipée, Zimmermann mourut à Hanovre le 7 octobre 1795. Il était né à Brugg (canton de Berne), le 8 décembre 1728.

Passons aux médecins qui ont laissé des documents sur l'histoire de notre pays durant la période révolutionnaire.

En laissant de côté pour le moment Cabanis et son Journal sur la dernière maladie et la mort de Mirabeau, nous nous contenterons de signaler ici deux conventionnels, Baudot et Levasseur (1).

Baudot (Marc-Antoine), un Dantoniste, était médecin de Charolles, lorsqu'il fut nommé en 1791 député suppléant à l'Assemblée législative ; l'année suivante, il devint représentant du peuple à la Convention nationale pour le département de Saône-et-Loire. Il vota la mort de Louis XVI (sans sursis, dans les 24 beures). Exalté sans doute, mais d'une rare énergie, Baudot, envoyé à l'armée du Rhin, cbargeait lui-même dans la bataille de Kaiserslautern, à la tête des soldats. Il fut le défenseur de Hoche.

Sous l'Empire, il revint exercer la médecine dans son département. Mais, après les Cent-Jours, il fut banni comme régicide et se retira en Suisse d'abord, ensuite à Liège, où il est mort en 1830. Baudot a laissé des Mémoires dont Edgard Quinet a tiré, si nous en croyons Constant Saucerotte, un parti important dans l'Histoire de la Révolution (1).

René Levasseur (de la Sarthe), né en 1747, était chirurgien-accoucheur au Mans lorsqu'il fut élu député de la Sarthe à la Convention nationale. Comme Baudot, Levasseur vota la mort du roi sans appel ni sursis. Ardent Montagnard, dit Michaud jeune

(1) Ne serait-ce pas le moment de mentionner la Relation très curieuse qu'un de nos confrères, vivant encore, le docteur E.-A. Ancelon (de Dieuze), ancien député de la Meurthe à l'Assemblée nationale de 1871, a publié sur la fuite et l'arrestation de Louis XVI à Varennes, d'après des Documents inédits (1 vol. in-8o. Paris, 1866). Le docteur Ancelon a aussi publié divers travaux pratiques ou scientifiques qui ne manquent pas d'intérêt. Nous signalerons entre autres : 1o Un *Mémoire* paru en 1848 dans l'Union médicale (p. 299) sur l'opération du bec de lièvre, pratiquée immédiatement après la naissance (Méthode du docteur Bonfils, 1848, p. 299). — 2o *Expertise médico-légale sur l'empoisonnement des poissons* (Union médicale, 1848, p. 346).

(1) *Les médecins pendant la Révolution.* Paris, 1887, p. 75.

lable du péritoine au moyen d'une suture de soie en haut et en bas de la plaie abdominale, afin de ne pas décoller inutilement le péritoine pariétal par les manipulations nécessitées par l'opération. Ponction de la tumeur si elle ne se laisse pas renverser au dehors. Ligature du pédicule. Cantérisation du pédicule et des adhérences liées au cantère Paquelin.

Toilette péritonéale très soignée, d'abord avec des éponges imprégnées d'acide phénique à 2 0/0 et en dernier lien avec les mêmes éponges passées au sublimé à 1/2000e.

Sutures profondes au fil d'argent. Sutures superficielles à la soie. Pansement avec de la gaze au thymol et de l'ouate salicylée.

La guérison par première intention est la règle.

Isolement complet de l'opérée au moins pendant trois à huit jours.

§ 4. *Principes généraux de désinfection.* — Désinfection des mains au sublimé à 1/1000e.

Abstention du contact avec une matière infectieuse, au minimum vingt-quatre heures avant toute opération.

Désinfection du vagin, même avant une hystérométrie.

Désinfection absolue des instruments.

Désinfection de la cavité utérine avec la sonde à double courant Bozeman-Fritsch avant toute opération intra-utérine.

Après les opérations utérines ou vaginales, tamponnement avec de la gaze à l'iodoforme ou au thymol pendant les premières heures.

II. SERVICE OBSTÉTRICAL.

Le service des accouchements occupe le deuxième étage. Il y a deux salles de *travail* complètement isolées.

Les accouchées occupent 5 salles (32 lits). Ces salles sont évacuées et restent vides à tour de rôle.

Le service est fait par un assistant, deux sages-femmes et deux infirmières.

Il y a en moyenne 365 accouchements par an. En 1885, il y a eu 342 accouchements et 2 cas de mort (une maladie du cœur et une *phlegmasia* avec embolies); en 1886, il y a eu 366 accouchements avec 3 cas de mort (une tuberculose et deux péritonites, dont l'une après un Porro).

Les femmes enceintes viennent directement du dehors lors des premières douleurs, ou bien elles se font admettre trois, quatre semaines et même plus longtemps avant le terme.

Les femmes enceintes occupent le rez-de-chaussée. Il y en a toujours en moyenne 20 à 25. Quatre salles (30 lits).

Deux étudiants sont appelés à chaque accouchement. Ils sont sous la surveillance de l'assistant; ils doivent s'être abstenu de toute visite à l'Institut anatomo-pathologique et de tout contact avec des matières ou des malades infectieux au moins vingt-quatre heures auparavant.

Ils quittent leur habit en entrant dans la salle de *travail* et endossent un vêtement blanc. Ils se désinfectent, comme il est déjà indiqué plus haut.

Ils ne peuvent faire l'exploration interne qu'en présence de l'assistant; ils rédigent l'observation du cas soumis à leur examen.

C'est l'assistant qui instruit et dirige les étudiants; c'est lui qui fait toutes les opérations obstétricales ou les laisse exécuter aux étudiants plus âgés, soit de son propre chef, soit sous l'œil du maître, si celui-ci juge sa présence nécessaire.

Avant l'accouchement, la femme prend un bain et ses organes génitaux sont désinfectés au sublimé à 1/2000e.

Après chaque exploration, irrigation au sublimé à 1/4000e.

L'accouchée est ensuite transportée dans les salles d'accouchées. Elle garde, depuis le moment où elle entre dans la salle de *travail* jusqu'au jour de sortie (le neuvième jour, si tout va bien), la même paillasse, qui est ensuite brûlée.

Pendant les jours qui suivent, pas d'irrigation, sauf pour les cas où il y a eu manœuvres opératoires. Dans ce cas, deux irrigations vaginales par jour.

Dès qu'une accouchée tombe malade, elle est séparée des autres et transportée dans la salle gynécologique d'isolement.

Pour les accouchements graves, tels que les opérations césariennes, il y a une salle isolée.

III. SERVICE DE LA CONSULTATION (*Policlinique*).

Ce service comprend deux parties :

A. Consultation proprement dite.

B. Accouchements, avortements, maladies de femmes soignées au dehors.

La consultation est faite journellement par un assistant qui est aidé par le quatrième assistant, ou bien par un docteur ou

(*Biographie universelle*, t. II, p. 444), Levasseur se montra l'un des ennemis les plus acharnés des Girondins. Le 3 décembre 1792, il proposa une loi tendant à obliger les fermiers et propriétaires de déclarer la quantité de leurs grains et à ordonner des visites domiciliaires pour vérifier ces déclarations. Le 9 mars 1793, il fit décréter l'établissement d'un tribunal extraordinaire, chargé de juger les prévenus sans appel ni recours; et, le 5 avril, il s'opposa à ce que l'on échangeât le prince de Limangé, et quelques officiers autrichiens, contre les commissaires arrêtés par Dumouriez « parce que, dit-il, les rois eux-mêmes ne pourraient être échangés contre des membres de la Convention nationale ». Le 23 mai, il demanda, à propos de l'assassinat de Lepelletier, que toute maison où un député serait assassiné fut aussitôt rasée. Cependant, envoyé plusieurs fois en mission, il s'y conduisit (excepté dans la Vendée), avec moins de rigueur que ses principes ne semblaient l'annoncer. En 1795, il revint au Mans exercer à nouveau sa profession d'accoucheur. En 1815, les Prussiens de Blücher l'arrêtèrent, l'envoyèrent à Paris, puis à Coblentz « où, après être resté quelque temps détenu, il recouvra la liberté. » S'étant alors fixé dans le royaume des Pays-Bas, il y exerça la profession de chirurgien avec quelque succès, et fut reçu en 1819 membre de l'Université de Louvain.

Revenu en France après la Révolution de 1830, il retourna au Mans, où il pratiqua encore la chirurgie et mourut le 18 septembre 1834. On a publié sous son nom, et probablement avec son consentement et sa participation, en 1829, les *Mémoires de René Levasseur* (de la Sarthe), ex-conventionnel, 2 vol. in-8o, avec le portrait de l'auteur (Levasseur). Cet ouvrage fut poursuivi et condamné par la police correctionnelle comme outrageant la morale publique, les principes de la monarchie et surtout la religion.

Il fut reconnu dans le procès qu'Achille Roche en était l'auteur.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.—Sont nommés, pendant l'année scolaire 1887-1888, chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale : M. Porteret, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions; préparateur des travaux chimiques dudit laboratoire, M. Curtillet, en remplacement de M. Lecordonnier, dont la délégation est expirée.

un élève désireux de s'initier aux petites manipulations et opérations gynécologiques.

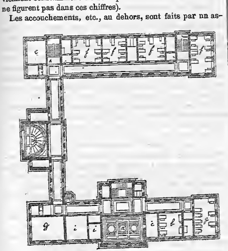
Les remèdes, les pessaires, etc., sont gratuits. C'est à la consultation que se font principalement les admissions des malades pour la clinique.

Les étudiants n'y assistent pas, mais les cas qui offrent un grand intérêt sont ensuite présentés à la clinique par le professeur.

Malades (nouvelles) traitées en	1882.	649
» »	1883.	654
» »	1884.	505
» »	1885.	668
» »	1886.	695

(Il faut remarquer que toutes les anciennes malades qui reviennent constamment ne sont pas réinscrites de nouveau et ne figurent pas dans ces chiffres).

Les accouchements, etc., au dehors, sont faits par un as-



Deuxième étage.

a. Grande salle de cours.
b. Petite salle de cours avec mannequins.
c. Sage-femme en chef.
d. Grande salle de *travail*.
e. Petite salle de *travail*.
f. Accouchées.
g. Accouchées à isoler.
h. Toit de la salle d'opérations.
i. Troisième assistant.

sistant qui emmène avec lui 1 ou 2 étudiants de dernière année, les fait examiner et opérer si faire se peut.

Si le cas a été intéressant, l'étudiant fait à la prochaine clinique, devant tout l'auditoire, un rapport qui est discuté et commenté par le professeur.

Ce même étudiant continue à voir la malade tant qu'il le juge nécessaire et rend compte de ses visites à l'assistant.

Les accouchements extérieurs sont très nombreux.

IV. Personnel médical. — Leçons.

Assistants. — Il y a quatre assistants.

Le premier fait les accouchements en ville et dirige avec le quatrième le service de gynécologie.

Le second fait la consultation et s'occupe du service d'isolement. Il ne touche ni aux accouchements ni aux grandes opérations.

Le troisième a sous sa direction les accouchements et les femmes enceintes.

Le quatrième aide un peu partout. Il n'est pas rétribué, change la plupart du temps tous les mois et n'est souvent qu'un étudiant de dernière année.

Etudiants. — Les étudiants se divisent en étudiants de dernière année qui ont déjà un peu d'expérience en gynécologie et accouchements (*Praktikanten*). Ce sont eux qui sont d'abord appelés soit à opérer, soit à examiner pendant la clinique.

L'autre catégorie comprend les plus jeunes (*Auscultanten*), qui ne font que voir et écouter.

Pendant le semestre d'été 1886, il y avait 83 étudiants fréquentant la clinique; pendant l'hiver 1886-1887, il étaient 60. Pendant le semestre d'été 1877, ils étaient 70.

Quatre étudiants sont logés à tour de rôle (ce n'est pas obligatoire) dans l'hôpital pour quinze jours. Ils y ont chacun une chambre avec lit, chauffage et éclairage. Ils suivent la visite, sont présents d'office aux opérations et sont appelés les premiers pour les accouchements, soit à la clinique, soit en ville.

Salle de cours. Leçons. — Pour l'enseignement, il y a une grande salle de cours, la salle d'opération déjà mentionnée, une petite salle de cours avec les mannequins où se fait le cours d'opérations obstétricales, une bibliothèque ouverte à tous ceux qui en font la demande au professeur, une collection de bassins et de pièces dans l'alcool, un laboratoire pour les recherches microscopiques.

Il y a cinq heures de clinique par semaine.

Le professeur y présente les malades, les fait examiner par un ou plusieurs étudiants, les interroge sur le cas, etc., on il opère, il démontre des cas à tout l'auditoire; il discute d'ordinaire vers la fin de la clinique, après avoir quitté les salles de malades ou la salle d'opération et s'être rendu dans la grande salle de cours, les cas qui viennent d'être présentés, montre des pièces et dessine lui-même au tableau.

En hiver, le professeur fait encore un cours théorique d'obstétrique (cinq heures par semaine) et un cours pratique. Avec l'aide de 2 ou 3 assistants, il examine les femmes enceintes.

Deux étudiants seulement touchent une femme, sous la surveillance du professeur ou d'un assistant.

En été, cours théorique sur les maladies de femmes (cinq heures). De plus, le *Privat-docent* (docteur Bayer), fait en hiver un cours d'opérations obstétricales.

En été, il fait un cours sur la physiologie et la pathologie des accouchées et sur la maladie des nouveau-nés.

Pendant les grandes vacances, le docteur Freund fils fait un cours élémentaire d'opérations obstétricales pour les candidats à l'*Examen d'état*.

V. Conclusions.

Telle est l'installation matérielle et le fonctionnement d'une clinique obstétricale et gynécologique qui peut être considérée comme un type des institutions de ce genre en Allemagne.

Il m'a semblé qu'il n'était pas inutile d'entrer même dans des détails qui pourront paraître minutieux. Ils mettent en leur plein relief les causes principales des progrès incontestables de la gynécologie au delà du Rhin. On peut les résumer ainsi :

1o Existence d'un enseignement spécial de la gynécologie confié à des professeurs ayant fait des études spéciales de la matière, et notamment capables de pratiquer les opérations variées, grandes et petites, que réclament les maladies des femmes.

2o Adjonction aux services hospitaliers intérieurs de services extérieurs (consultations ou policliniques) admirablement constitués tant en vue du traitement des malades que de l'enseignement des élèves.

3o Installation matérielle à la hauteur des exigences de la science moderne, permettant à la fois l'isolement exact des opérées, la désinfection complète des locaux et des serviteurs, en un mot l'*antisepsie*.

Quand notre pays sera doté de pareils moyens de travail, il reprendra vite, dans cette branche de la science comme dans les autres, la première place qu'il n'a paru perdre momentanément que par suite d'une absence totale d'organisation.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTES SUR TROIS ÉPIDÉMIES D'OREILLONS, OBSERVÉES A COMMENTRY (1875, 1881, 1887), par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite et fin. — Voir les numéros 43, 44, 45 et 46.

ENGORGEMENT DES GLANDES SOUS-MAXILLAIRES.

Par contre, j'ai pu constater combien, dans l'épidémie d'oreillons de 1887, les glandes sous-maxillaires étaient fréquemment intéressées. Sur les 58 sujets que j'ai observés dans cette dernière épidémie, j'ai vu 29 fois l'engorgement des glandes sous-maxillaires. Dans 7 cas, cet engorgement est resté localisé à ces glandes. Dans 9 autres cas c'est par l'engorgement des glandes sous-maxillaires que l'affection ourlienne a débuté. Dans 9 cas, l'invasion s'est faite d'emblée à la fois sur les parotides et sur les sous-maxillaires. Enfin, dans 5 cas seulement, les glandes sous-maxillaires ont été envahies consécutivement aux parotides.

Dans ces 29 cas où les glandes sous-maxillaires ont été intéressées, il en est 13 où l'engorgement est resté unilatéral. Dans les 16 autres cas, les glandes ont été atteintes des deux côtés.

Les glandes sub-linguales m'ont paru mainte fois participer à l'engorgement des glandes salivaires. Mais je n'aurais à mentionner aucune particularité importante, si ce n'est lorsqu'il y avait en même temps une inflammation de toute la muqueuse buccale. Dans ces cas (au nombre de trois dans la dernière épidémie), la stomatite compliquée d'angine semblait indiquer que toutes les glandes buccales étaient enflammées. La muqueuse était toute boursoufflée ; la langue, à bords festonnés, portait aussi bien que la face interne des joues l'empreinte des dents.

ENGORGEMENT POSSIBLE DU PANCRÉAS.

En 1876, lors de ma première étude sur l'engorgement des glandes sous-maxillaires, je terminais mon travail par ces réflexions :

« A considérer les diverses variétés de glandes que les oreillons atteignent, les unes directement, les autres par métastase, on pourrait faire de cette affection une sorte de fièvre glandulaire : glandes en grappe composées comme les salivaires et les mamelles, glandes en tubes composées comme les testicules (1) ; glandes à vésicules closes comme les ovaires ; glandes en grappes simples comme celles des grandes lèvres (et j'aurais pu ajouter à cette énumération les glandes lacrymales dont l'engorgement a été signalé par M. Pinet et M. G. d'Heilly), toutes les classes des glandes sont tributaires de cette affection ». Et je concluais par cette phrase : Chose curieuse, la glande salivaire abdominale, le pancréas, n'a jamais été indiqué comme ayant été le siège d'engorgement dans les cas d'oreillons. »

Durant cette dernière épidémie, mon attention s'est portée sur ce dernier point, et bien que l'exploration du pancréas ne soit pas chose facile, j'ai pu faire quelques constatations que je vais signaler, sans vouloir en exagérer la valeur. J'ai recherché, par une simple pression entre l'épigastre et la région hypochondrique gauche, s'il existait une sensibilité plus marquée de ce côté que du côté droit ; et douze fois j'ai noté une exagération de la sensibilité et même une douleur provoquée vers la région pancréatique. Chez les autres sujets, je n'ai constaté aucune différence.

J'ajouterai que dans deux cas j'ai trouvé une hyperesthésie de la vésicule biliaire, et dans deux autres cas une douleur à l'épigastre.

AUTRES COMPLICATIONS.

J'ai observé dans 5 cas de la diarrhée ; dans 4 cas des vomissements et dans 1 cas de simples nausées. Deux fois j'ai vu de la toux, une vraie bronchite, coïncidant avec les oreillons. Dans un seul cas, il n'y avait qu'une grande oppression.

La céphalalgie à un degré intense s'est présentée 6 fois à mon observation.

Une inflammation sérieuse des amygdales est venue compliquer dans deux cas l'affection ourlienne.

J'ai même observé un lombago des plus violents chez une fillette de 7 ans le lendemain du début des oreillons.

Dans un autre cas, j'ai vu une éruption de furoncles.

Quant aux abcès consécutifs, ils ont été plus fréquents. Je signalerai un abcès rétro-parotidien, à gauche, chez une jeune fille de 19 ans ; un abcès du cou à droite, avec accès de fièvre se répétant deux fois par jour durant deux semaines, chez un petit garçon de 6 ans.

Enfin, j'ai remarqué un abcès sous-mastoïdien également à droite, incisé le neuvième jour après le début des oreillons, chez un homme de 28 ans. Quant aux véritables adénites sous-maxillaires se terminant par suppuration dont quelques auteurs ont parlé, je n'en ai observé aucun ayant eu cette terminaison. Plus d'une fois j'ai eu crainte de la production d'un abcès sous-maxillaire ; toujours la résolution s'est faite, et le plus souvent avec une surprenante rapidité.

(1) On pourrait ajouter les reins à cette catégorie. M. Léon Colin n'a-t-il pas, en effet, cité des faits d'albuminurie ourlienne? Enfin, plus récemment, M. le docteur Joffroy a rapporté (PROGRÈS MÉDICAL du 20 novembre 1886), une observation de paralysie ourlienne survenue huit jours après le début des oreillons chez une fillette de quatre ans et demi, qui présenta une *légère albuminurie*.

Parmi les complications exceptionnelles qu'il m'a été donné d'observer, je citerai un eczéma de la face qui s'est développé le second jour d'une atteinte d'oreillons, avec fièvre intense, chez un homme de 49 ans. Chose singulière, cet eczéma, qui a passé dès le lendemain à la période de suintement, était guéri le sixième jour.

Une autre complication que je ne crois pas avoir été signalée est le torticolis et un torticolis tenace. J'en ai observé trois cas cette année. L'un, chez un malade de Commentry, un homme de 28 ans, a commencé quatre jours après le début des oreillons et a duré une semaine.

Les deux autres faits se rapportent à deux sujets qui ne sont pas compris dans ma statistique personnelle d'oreillons. Ils sont survenus chez deux enfants qui avaient en leur atteinte d'oreillons étant en pension à Montluçon; dans le premier cas,il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui a eu un torticolis à droite des plus douloureux et des plus persistants. Il augmentait d'intensité tous les soirs. Le sulfate de quinine, à la dose de 0 gr. 40 cent. par jour, l'avait si fort diminué en huit jours que Mlle X... retournait en pension, mais un mois après elle revenait chez ses parents dans un état pire que la première fois; le traitement fut repris, mais dût être continué près de trois semaines. La guérison a été dès lors définitive.

Dans le dernier cas, il s'agit d'un jeune garçon de 9 ans dont le torticolis (à droite également) durait depuis un mois, ayant débuté avant même la disparition des oreillons. Il y avait de l'hypertrophie splénique et un léger accès de fièvre tous les soirs. Trente centigrammes de sulfate de quinine tous les jours, continués pendant près d'un mois, ont fini par faire disparaître le torticolis. En 1875, j'avais déjà observé et signalé ce fait de la coïncidence d'un torticolis avec les oreillons chez une femme qui a été le sujet de ma quatrième observation.

On voit combien sont multiples et variées les complications et les suites des oreillons, cette maladie en apparence si simple; et je n'en aurais pas encore fini si je voulais rapporter certains cas de stomatite avec boursoufflement œdémateux de la muqueuse buccale tout entière, avec angine même, comme j'en observais un cas au mois de juillet dernier chez un homme de 59 ans. L'engorgement des glandes parotidiennes et sous-maxillaires, l'influence de l'épidémie existante, la marche des symptômes et leur disparition brusque me permirent de faire le diagnostic d'un état que je croyais d'abord purement inflammatoire.

Je termine ici ces considérations sur les oreillons. Puissent-elles donner l'éveil à ceux de mes confrères qui se trouveront en présence de pareilles épidémies pour les pousser à étudier, à élucider et à résoudre les nombreux problèmes qui restent encore obscurs dans l'histoire de cette curieuse affection.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Communications faites à la Section de laryngologie et de rhinologie de la 60e Réunion des naturalistes et médecins allemands, septembre 1887.

I. SUR L'APROSEXIE, OU IMPOSSIBILITÉ DE FIXER L'ATTENTION SUR UN SUJET DÉTERMINÉ, COMME CONSÉQUENCE D'UNE AFFECTION NASALE, par le professeur GUY, d'Amsterdam (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, no 43, p. 934). — II. SUR LA TRACHÉOTOMIE DANS LES CAS DE PHTISIE LARYNGÉE, par le docteur M. SCHMIDT (Ibidem, p. 937). — III. SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU LARYNX, par M. HERING, de Varsovie (*Wiener medic. Presse*, 1887, no 46, p. 1582).

I. Il a été beaucoup question, dans ces dernières années, des névroses que peuvent engendrer par voie réflexe les affections des fosses nasales. Par contre, on ne trouve que quelques mentions éparses dans les traités spéciaux, au sujet des troubles des fonctions cérébrales qui reconnaissent une origine analogue. M. GUY a observé des faits de ce genre; il en a communiqué quelques-uns au dernier Congrès de Wiesbaden, et cette communication paraît avoir été accueillie avec des marques spéciales d'intérêt. Voici ces faits, tels qu'ils ont été relatés par l'auteur :

OBSERVATION I. — Un homme, dont l'un des enfants était en traitement à la clinique de M. Guy pour une otorrhée en rapport avec un catarrhe chronique des fosses nasales, demanda un jour l'autorisation d'amener son autre enfant, un garçon, qui était dans l'impossibilité de respirer par le nez et qui paraissait être incapable d'apprendre quoi que ce soit; depuis un an qu'il allait à l'école, il n'était pas encore parvenu a retenir de mémoire les lettres de l'alphabet. L'enfant fut présenté, et en l'examinant, on constata que ses fosses nasales étaient absolument inperméables; après quoi on détruisit et on fit l'ablation partielle de volumineuses végétations adénoïdes. Une semaine plus tard, le père faisait savoir à M. Guy que dans l'intervalle qui s'était écoulé depuis l'opération, son garçon s'était assimilé tout l'alphabet, au grand étonnement de tous ceux qui furent mis au courant de ce résultat.

OBS. II.—M. B..., 20 ans, a été adressé à M. Guy le 20 juin 1885 par le professeur Stokvis. Depuis l'âge de 12 ans, il était sujet à de légers bourdonnements d'oreilles, qui survenaient d'ordinaire le matin, pour cesser peu à peu dans le courant de la journée. Depuis le mois de mars de ladite année, le patient, qui se préparait à ses examens de fin d'études, éprouvait chaque soir une grande inaptitude au travail intellectuel, et en même temps une sensation de vertige. Il passa six semaines dans sa famille, sevré de tout travail intellectuel et soumis à l'usage interne de préparations ferrugineuses. Lorsqu'ensuite il fut réintégré dans son gymnase, les troubles passés se reproduisirent; chaque fois qu'il essayait de travailler, il était pris de vertige et de céphalalgie; il lui était en outre impossible de retenir ce qu'il venait de lire.

L'examen pratiqué par M. Guy donna les résultats suivants : Catarrhe chronique des fosses nasales (le malade dormait la bouche ouverte); tuméfaction du cornet inférieur, hypertrophie de l'amygdale pharyngée; le malade ne respire que par l'une des fosses nasales, et alternativement par chacune des deux, etc. L'amygdale pharyngée fut enlevée en majeure partie avec un amygdalotome; injections dans les fosses nasales; application d'un appareil pendant la nuit, pour forcer l'air à passer par les fosses nasales.

Dès le 22 juin, le malade annonçait que la céphalalgie et le vertige ne s'étaient pas reproduits, qu'il avait pu travailler sans encombre et qu'il avait gardé le souvenir de ce qu'il avait lu. Le traitement fut continué; il n'y a pas eu de récidive. Les cornets inférieurs ont été cautérisés à la pierre infernale. Le sujet a passé avec succès ses examens au mois de septembre suivant, et il a poursuivi ses études à l'Université.

Obs. III. — M. S..., 23 ans, étudiant en médecine, s'est présenté le 18 avril 1887. Depuis son enfance, il est sujet an catarrhe chronique des fosses nasales; il a toujours en la bonche ouverte en dormant. Il y a trois ans, il a été privé de sommeil pendant tonte une nnit; le lendemain, il a éprouvé un pen de vertige et une sensation étrange, comme s'il était dans l'impossibilité de fixer sa pensée. En l'espace de pen de jonrs, ces tronbles se sont dissipés. Il y a nn an, ils se sont reproduits à la suite d'un léger excès *in baccho*. Le malade garda le lit pendant la journée.

Il y a trois semaines, le malade, après s'être livré modérément an travail, passa la nuit sans dormir; le lendemain, il avait de nonveau dn vertige, et il lui fut absolument impossible d'appliquer son esprit, ni même de lire. Au moindre effort intellectuel, il ressentait une constriction à la tête et il était pris de vertige. Quand, de temps à autre, il assisait à un cours, il se voyait forcé de ne prêter aucune attention à ce qu'il entendait, sous peine d'être repris des mêmes accidents. Il en était venu à la résolution de suspendre le cours de ses études.

En examinant le malade, M. Gny constata l'existence de volumineuses tumeurs adénoïdes dans l'arrière-cavité des fosses nasales, une tnméfaction des cornets inférieurs, nn épanchement séreux dans la cavité tympanique de chaqne côté, qui, chose curieuse, n'occasionnait au patient ni bourdonnement ni dureté de l'ouïe. Le traitement consista dans l'ablation des tumeurs adénoïdes, suivie d'injections d'air dans les cavités tympaniques; il en résulta une amélioration passagère. Plus tard, pour évacuer l'exeudat déposé dans la cavité tympanique, M. Guy procéda à la paracentèse du tympan et à des lavages de l'oreille moyenne, de chaque côté. La plaie tympanique ne fut pas longue à se cicatriser. Les cornets inférieurs ont été cautérisée au nitrate d'argent. Au bout de deux moie environ de traitement, les fonctions cérébrales du malade étaient redevenues normales. L'acuité auditive avait doublé (4 mètres au lieu de 2).

M. Guy a ajouté qu'il possédait une série d'observations semblables, réalisant toutes ce trait commun : coexistence d'un obstacle durable au passage de l'air à travers les fosses nasales, avec altératione nutritives diverses de la muqueuse et de troubles de l'activité cérébrale. Ces derniers consistent dans l'impossibilité de fixer l'attention sur un sujet déterminé et d'imposer un effort soutenu à l'activité cérébrale. Cet état rappelle l'épuisement cérébral, qu'on a des occasions fréquentes d'observer, sauf qu'il ne eaurait être question d'épuisement là où il n'y a pas eu effort préalable. M. Guy propose de le désigner sous le nom d'*aprosexie*, dont l'étymologie répond à l'impossibilité d'appliquer l'attention. Cette aprosexie se manifeste souvent, indépendamment de toute affection des fosses nasales, en tant que phénomène d'épuisement. Quand elle est sous la dépendance d'une affection nasale, elle reconnaît peut-être pour cause prochaine une entrave apportée à l'élimination des produits de désassimilation qui prennent naissance dans le cerveau; à ce propos, l'auteur a rappelé que, d'après les recherches d'Axel Key et de Retzius, les espaces lymphatiques placés sons la dure-mère sont en communication avec la muqueuse des fosses nasales.

L'auteur cherche ensuite à établir que l'épuisement cérébral qui résulte du surmenage scolaire est souvent facilité par l'existence d'une affection des fosses nasales agissant comme cause prédisposante. Cette interprétation s'appliquerait notamment aux cas de « céphalée des adolescents » dont parlait M. G. Sée à l'Académie de médecine, dans le cours d'une récente et retentissante discussion.

M. Gny a cité un fait de ce genre, où l'aprosexie s'est développée sous l'influence combinée du surmenage scolaire et d'une affection des foeses nasalee.

II. M. Schmidt est revenu sur la question qu'il avait déjà portée devant les membres de la eection de laryngologie (Congrès de Berlin), l'an dernier, étant à même de présenter à ses collègues trois sujets guéris d'une tuberculose laryngée, à la snite d'une trachéotomie.

Le premier des trois a été trachéotomisé au mois de janvier 1885, à Gœttingue; dans le cours de l'année précédente, M. Schmidt avait soigné le malade pour une infiltration de la paroi postérieure du larynx et de la corde vocale droite : celle-ci ne vibrait plus, sans doute en raison de l'existence d'une ulcération à la partie inférieure de la paroi postérieure. On percevait des râles dans les deux sommets, du soufle bronchique à droite, en arrière et en haut, de la matité en arrière et en avant, de ce même côté. Au moment de la présentation, on pouvait conetater, à l'aide du laryngoscope, que les deux cordes vocales étaient immobilisées sur la ligne médiane par une cicatrice de la paroi postérieure. La tuméfaction avait entièrement disparu; à droite et en arrière, il subsietait une petite ulcération superficielle, du diamètre d'une lentille. La santé du eujet est restée excellente depuis l'opération.

Le second malade a été trachéotomieé en octobre 1886; il présentait également une infiltration de la paroi postérieure et de la corde vocale droite, avec une infiltration du eommet droit. Au moment de la présentation, il pouvait être considéré comme guéri de son affection laryngée; au sommet droit subsistaient les signes d'une caverne. Néanmoins, l'état général était eatisfaisant; le malade a notablement augmenté de poids. Les cordes vocales ne s'écartent qu'à une distance de 1 millimètre.

Le troisième malade a été opéré le 3 janvier de cette année. Il avait eu d'abord une ulcération sur la corde vocale droite et sur la paroi postérieure; malgré des incisions, des applications de menthol, d'acide borique et d'acide lactique, la tuméfaction était allée en augmentant au siége des ulcérations. Il en était résulté un rétrécissement tel que le malade finit par se soumettre à l'opération à laquelle il s'était refusé précédemment. Quatre semaines plus tard, l'amélioration était déjà considérable; une seule cautérisation à l'acide lactique suffit pour obtenir la cicatrisation complète de l'ulcération. L'infiltration du sommet gauche, qui avait été constatée précédemment, se dissipa sous l'influence d'un traitement par la créosote et d'un régime approprié.

M. Schmidt a parlé de deux autres malades chez lesquels la trachéotomie a été tentée. Un sixième est mort subitement trois semaines après l'opération, alors que son larynx était en voie d'amélioration. Un septième, dont le larynx était envahi par de vastes ulcérations, et qui souffrait d'une violente dysphagie, avalait sans douleur trois semaines après avoir été trachéotomisé; au bout de trois nouvelles semaines, il fnt emporté par une pleurésie.

M. Schmidt a fait remarquer que chez tous ses malades la présence des bacilles spécifiques a été constatée dans ies crachats. Il a rappelé que l'année dernière il avait entretenu le Congrès de deux cas de phthisie laryngée, opérés avec succès par la trachéotomie; la survie persiste. L'un des sujets,

une femme, qui a été opérée il y a près de trois ans, a continué d'augmenter de poids; elle respire sans canule et le larynx est toujours en bon état. Elle conserve une caverne qui ne s'est point cicatrisée. L'autre malade a eu une pleurésie l'hiver dernier, dont il s'est rétabli; il présente de nouveau une petite ulcération sur la corde vocale droite.

En somme, sur 15 malades qu'il a trachéotomisés dans le courant des deux dernières années, M. Schmidt en compte 5 qui sont totalement guéris de leur tuberculose laryngée et un antre qui est considérablement amélioré. Chez 3 de ces malades, il y a eu en outre guérison de l'affection pulmonaire. L'auteur se demande dès lors s'il n'y aurait pas avantage à opérer avant que se réalise l'indication acceptée aujourd'hui par tous les laryngologistes, — le rétrécissement du larynx, consécutif aux ulcérations tuberculeuses. Peut-être réussirait-on alors à prévenir ce rétrécissement. L'intervention hâtive paraît être indiquée surtout dans les cas de tuberculose laryngée à évolution rapide coïncidant avec un état pulmonaire relativement satisfaisant. Les objections purement théoriques qu'on a élevées contre la trachéotomie, — dangers de nécrose des cartilages trachéaux et laryngés, au contact de la canule, etc., — ne sont pas fondées. Quant au mode d'action de la trachéotomie dans les cas de phthisie laryngée, l'auteur répète qu'il l'explique ainsi : après l'opération, le larynx est au repos; il est, de plus, soustrait aux excitations mécaniques, thermiques et bactériennes, qu'il est exposé à subir dans les circonstances ordinaires; puis, la voie nouvelle ouverte à l'air assure une oxygénation plus complète du sang; la circulation est activée. De là un retentissement salutaire sur l'état général.

M. Schmidt a ajouté que chez les deux derniers malades par lui traités, il a obtenu un fonctionnement meilleur des dilatateurs de la glotte, en ne poursuivant l'oblitération de la canule que d'une façon progressive.

III. M. Hering, de Varsovie, a exposé son procédé de traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx par le grattage (curettement); ce procédé revient, en somme, à détruire avec une curette toute la partie des tissus qui est envahie par le travail pathologique de la tuberculose, pour transformer les ulcérations tuberculeuses en ulcérations de bonne nature, susceptibles de se cicatriser promptement. A ce traitement local est associé le traitement général. Le grattage se fait avec un instrument spécial imaginé par l'auteur; il est suivi de badigeonnages faits avec une émulsion d'iodoforme. Avant le grattage, la muqueuse du larynx est mise en état de complète anesthésie. Dans deux cas, M. Hering a procédé à l'extirpation des cartilages de Santorini. Dans deux autres cas, un rétrécissement consécutif à de la périchondrite a nécessité la trachéotomie. Sur 20 cas traités, la cicatrisation complète des ulcérations tuberculeuses a été obtenue 15 fois et s'est maintenue depuis.

La communication de M. Hering paraît avoir obtenu en Allemagne plus de succès qu'en France. On se rappelle que l'auteur a fait une lecture sur son procédé de traitement de la phthisie laryngée, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, et que précédemment il avait adressé un mémoire sur cette même question à la Société médicale des hôpitaux.

E. Ricklin.

Cloisonnement incomplet du col de l'utérus, par M. le docteur Paolo Negri.

Le 22 août 1882, entrait à la Clinique obstétricale de Milan une femme de 25 ans, primipare; la dernière menstruation a eu lieu le 28 novembre 1881.

L'examen permet de porter le diagnostic de grossesse utérine simple, à terme; fœtus vivant en présentation podalique complète. L'examen vaginal fait reconnaître une particularité intéressante.

La présentation offrait un certain degré d'engagement; le col de l'utérus pouvait être considéré comme complètement effacé; l'index traversait facilement l'orifice externe et pénétrait dans une sorte de cavité circulaire, aplatie, dont la partie supérieure était constituée par une bandelette de tissu en tout semblable à celui de l'orifice externe; l'extrémité du doigt pouvait se mouvoir tout autour dans cet espace compris entre l'orifice externe et ce diaphragme.

La partie centrale du diaphragme en question était ouverte et présentait un rebord semblable à celui de l'orifice externe. A travers ce deuxième orifice, on arrivait sur les membranes de l'œil.

L'accouchement eut lieu le 1er septembre; il fallut intervenir et extraire artificiellement un enfant mâle vivant du poids de 3,850 grammes. Les couches furent normales.

(Annali di Ostetricia e Ginæcologia, 1887, nos 7, 8.)

M. R.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). — Tome Ier, fascicule 2. — *Affections chirurgicales des appareils et des systèmes* avec la collaboration de MM. les professeurs Viault, Demons et de MM. Planteau, Piéchaud Maurice Denucé, agrégés. — Un volume in-8, Asselin et Houzeau, éditeurs. Paris, 1887.

C'est avec un véritable plaisir que nous voyons paraître le deuxième fascicule des « Nouveaux éléments de pathologie externe » dû à la collaboration des chirurgiens de l'Ecole de Bordeaux. Nous avons déjà signalé ici même dans quel esprit ce travail était conçu. Nous continuerons seulement à engager M. A. Bouchard à éviter l'écueil dans lequel tombent malheureusement trop souvent les auteurs qui entreprennent la publication de traités didactiques. Les livraisons, pressées au début, deviennent plus rares, et le silence qui se fait peu à peu autour d'elles ne tarde pas à décourager l'étudiant et le praticien : il ne s'agit plus dès lors de savoir dans combien de temps se fera un nouveau tirage, la question de l'achèvement du travail est elle-même fortement mise en doute. Le domaine des connaissances est si étendu, les acquisitions de tous les jours sont si nombreuses, que, pour présenter un ouvrage absolument au courant, il faut le publier dans un laps de temps fort court. Si l'on ajoute les difficultés de la rédaction aux exigences de la profession médicale, on se rend compte des obstacles que rencontre un homme désireux de venir à lui seul à bout de son entreprise. Nous en avons pour preuves maints traités de pathologie déjà vieux qui ne seront sans doute jamais terminés. Comme il faut aller vite, il est de toute

nécessité de s'entourer d'aides nombreux grâce auxquels les encyclopédies mêmes paraissent régulièrement, grâce auxquels le travail qne dirige M. A. Bonchard sera, nous n'en dontons pas, promptement achevé.

A la moitié des collaboratenrs de la première heure sont venus se joindre MM. Viault, Demons et Maurice Denucé, remplaçant MM. Coynz, Poinsot et Lagrange. Le fascicule qu'ils nous présentent, consacré à l'étude des affections chirurgicale des appareils et des systémes, est divisé en six chapitres où les lésions de l'appareil cntané, du tissn connectif et de ses dérivés, du tiesu osseux, des articulations, du systéme vasculaire et des nerfs, sont snccessivement étndiées. Chacun d'eux est précédé de considératione anatomiques et phyeiologiquee destinées à remettre en la mémoire du lecteur les connaissances nécessairee pour retirer tout le fruit possible de la description pathologique. Elles sont dues à la plume de M. Bouchard, qui a assumé la plus grande part de l'œnvre. Il a en effet encore écrit tout ce qui a trait aux maladies des onglee, des tendone, des aponévroses, des muscles, des nerfs ; les fracturee, lee luxations, l'arthrite... ont eu longuement l'arrêter. M. Piéchand a étudié la chéloïde, le condylôme, l'éléphantiasis, les plaies et contusions des articulations, l'arthrite aiguë, l'arthrite déformante... L'ostéomyélite des adolescents et l'arthrite tnberculeuse ont M. Maurice Denucé pour auteur. Le rachitisme et l'ostéomalacie sont de M. Viault. M. Demons traite des contusions et des plaies des veines; quant à M. Planteau, il ne s'est occupé que des plaies des artères.

Sur quoi appellerions-nous l'attention du lecteur? Tout a été traité avec le plus grand soin et conformément aux dernières croyances. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire ce qui concerne le furoncle, l'anthrax, les synovites, l'ostéomyélite des adolescents, la scrofule tuberculeuse des os, l'arthrite suppurée où l'incision est largement préconisée, les arthrites tuberculeuses.... On sait que celles-ci sont, dans la majorité des cas, une manifeetation locale d'un état général préexistant. Parfois cependant la jointure est bien le siège de la localisation primitive du mal. L'arthrite peut alors se compliquer soit de foyers nouveaux se montrant dans les autres organes, soit de tuberculose miliaire aiguë généralisée. Les observations démontrent que l'intervention opératoire peut aisément provoquer cette dernière.

Nous nous arrêterons ici dans l'énumération des passages à consulter et à étudier. Le deuxième fascicule, qui contient quelques figures pour expliquer le mécanieme des fractures et des luxatione, les formations périostiques, les nécroses, les sequestres..., est à lire du premier mot au dernier. C'est le meilleur éloge que nous pnissions en faire.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le 13 décembre prochain. M. Bergeron, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de Bouillaud.

— Un incendie considérable s'est déclaré mardi dernier, à deux heures du matin, à l'Ecole pratique de médecine, 2, rue Vauquelin.

Le fen a pris naissance dans un cabinet du premier étage, faisant partie du laboratoire de M. Richet. C'est un foyer à gaz, chauffant une étuve, qui a occasionné l'incendie. Des bocaux contenant des essences et autres matières inflammables ont alimenté le foyer de l'incendie qui, en quelques instants, a gagné le laboratoire de physiologie, où tous les appareils étaient préparés pour les cours du lendemain matin. Ces appareils ont été en partie détruits ; ceux que renfermait le laboratoire de M. Richet ont été entièrement consumés. Les pertes sont évaluées à cent mille francs.

Les pompiers du poste de la rue Thouin sont accourus sur les lieux ; les pompiers de la caserne de la rue de Poissy les ont rejoints et le feu a été attaqué.

Le capitaine Bouvatier a pris la direction des travaux. Peu après, la pompe à vapeur et l'échelle de sauvetage du boulevard du Port-Royal ont été amenées sur le théâtre de l'incendie. Les pompiers ont été obligés de pénétrer dans l'établissement de l'Enfant-Jésus, 3, passage Rotaud, afin de pouvoir combattre l'incendie.

Etaient présents : MM. Dresch, commissaire de police ; Chaffaud, commandant des sapeurs-pompiers ; le secrétaire de la Faculté de médecine, M. Pupin ; M. Mauroy, officier de paix. Il n'y a eu aucun accident. A quatre heures cinquante, le feu était éteint ; mais les pompiers ont travaillé jusqu'à six heures pour noyer les décombres. (LE TEMPS.)

— UNE LETTRE DE TROUSSEAU. — Dans le remarquable discours qu'il prononçait naguère, lors de l'inauguration à Tours du monument élevé à la mémoire de Bretonneau, Velpeau et Trousseau, M. Peter, parlant de son illustre maître et de sa grande bonté, fit connaître l'anecdote suivante :

« La *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* venait de paraître ; son éditeur, M. Baillière, porte à Trousseau les honoraires qui lui sont dûs. « Reprenez cet argent, dit Trousseau, et faites-en deux parts : l'une sera donnée par vous à un médecin des plus dignes et des plus pauvres, que l'injustice dont il vient d'être victime dans un concours d'agrégation a jeté dans le désespoir ; l'autre part, vous la porterez à un de mes anciens éléves, l'un des créateurs de l'histologie en France, et que sa science ne réussit pas à mettre à l'abri du besoin ! Allez, et que ni l'un ni l'autre ne sache qui vous envoie. C'est un anonyme qui veut réparer l'injustice des hommes et de la fortune. » Le difficile fut de faire accepter le bienfait : ni l'un ui l'autre ne le voulut sans connaître le bienfaiteur. M. Baillére se décida à en divulguer le nom, mais à cette condition, dictée par Trousseau, que, pour tout remerciement, chacun d'eux irait un matin presser la main du maître, à son service de l'Hôtel-Dieu. Ce qui fut fait.

« Aujourd'hui le donateur, comme les donataires, ne sont plus : il en est ainsi de celui qui fut leur intermédiaire. Moi seul reste qui connaisse cet acte de générosité si touchante. Eh bien ! laissez-moi partager avec vous ce secret, que je ne veux pas garder plus longtemps. »

Voici la lettre en laquelle Trousseau fit part de sa généreuse décision à son éditeur, et que M. J.-B. Baillière a bien voulu nous communiquer :

3 décembre 1860.

Mon cher Editeur,

Je ne sais quel destin est réservé à notre livre, mais il faut m'aider à faire quelque chose qui puisse lui porter bonheur.

Sans attendre que le second volume de la *Clinique médicale* soit publié, soyez assez bon pour acquitter le prix du premier.

Vous donnerez 1,200 fr. à B..., vous partagerez le reste entre R... et V. R... Je vous avoue que l'autre jour à l'Académie j'ai été navré d'entendre R... me demander de lui faire faire des analyses chimiques et des examens microscopiques pour l'aider à vivre. Je suis honteux de gagner tant d'argent quand un garçon si modeste et si recommandable à tant de titres est si pauvre. Quant à V. R..., il a une triste santé, il est le soutien de sa mère, et,

d'ailleurs, je ne suis pas sûr d'avoir été fort équitable envers lui au dernier concours de l'agrégation; ce sera donc une très petite et très imparfaite réparation.

Partagez entre eux cette modique somme. De votre part c'est un cadeau de jour de l'an, et vos relations avec eux vous permettent de leur donner, sans les offenser, un témoignage de gratitude qu'un éditeur peut toujours offrir à des auteurs dont les ouvrages ont eu du succès.

Agréez l'expression de ma sincère affection,

A. TROUSSEAU.

— M. Pozzi, chirurgien de l'hôpital Lourcine et agrégé libre de la Faculté, a commencé mardi dernier à la Faculté son cours libre de gynécologie opératoire.

Un public très nombreux se pressait dans le petit amphithéâtre. Tous les élèves de M. Pozzi, ses amis et plusieurs de ses collègues s'étaient donné rendez-vous pour applaudir tant à l'heureuse initiative de M. Le Doyen que M. Pozzi a tenu à remercier publiquement au début de son cours qu'aux efforts du maître et du collègue qui depuis trois ans s'est imposé la tâche de faire un enseignement régulier de la gynécologie à l'hôpital Lourcine dans un service qui, grâce à son activité et au libéralisme de l'administration, possède aujourd'hui une excellente installation.

M. Pozzi a tenu à bien faire remarquer à ses auditeurs que ces cours libres s'ajoutant aux conférences faites par les agrégés en exercice constituaient à la vérité un enseignement élémentaire pédagogique au-dessous de l'enseignement supérieur des chaires magistrales mais ayant pour but de préparer les élèves à recevoir l'enseignement des professeurs.

Avant d'entrer dans l'étude proprement dite de la gynécologie, le professeur a tenu à jeter un coup d'œil sur les progrès considérables de la gynécologie contemporaine, progrès qui datent de l'ère antiseptique. Nombre d'opérations, a-t il dit, anciennement inventées (comme l'hystérectomie vaginale pour cancer) et abandonnées aussitôt, vu la mortalité effrayante qu'entraînaient les vieux pansements, ont été reprises avec succès; mais à côté de celles-ci, beaucoup d'autres ont été imaginées.

C'est assurément cette révolution colossale qui a provoqué l'évolution de la gynécologie vers la chirurgie dont elle est devenue une branche et une branche importante méritant qu'on s'y consacre spécialement, sinon uniquement.

Si l'étranger, fait remarquer M. Pozzi, a pris une part considérable dans ce mouvement et exerce en gynécologie une influence qu'on ne saurait nier, il le doit à ce fait que la spécialisation y est plus fréquente qu'en France, et surtout à l'adoption plus rapide des méthodes antiseptiques. Il ne faut d'ailleurs rien exagérer, et M. Pozzi a eu raison de revendiquer pour notre pays les principaux progrès faits dans ce siècle en gynécologie.

Les chirurgiens français n'ont-ils pas pour eux l'honneur d'avoir imaginé les principaux procédés d'exploration : *l'exploration bimanuelle* (Puzos, Levret, Baudelocque), le *spéculum* (A. Paré, Scultet et Récamier), la *sonde utérine* (Levret et Huguier).

N'ont-ils pas été les premiers à pratiquer les grandes opérations gynécologiques : *l'ablation des polypes* (Levret, Dupuytren), *l'énucléation des fibromes* (Amussat).

L'hystérectomie abdominale faite de propos délibéré, n'a-t-elle pas vu le jour, avec Kœberlé, dans une Faculté française, la Faculté de Strasbourg.

L'Ecole française clinique n'a-t-elle pas pour elle l'étude de l'hématocèle rétro-utérine décrite par Nélaton et des inflammations péri-utérines auxquelles sont attachés les noms de Nonat, Bernutz et Goupil, Valleix.

En citant les étrangers, a dit M. Pozzi en terminant cette énumération si glorieuse pour nos maîtres, nous ne faisons que reprendre notre bien avec les intérêts accumulés. Cette péroraison a été accueillie par les applaudissements de l'auditoire. Le professeur a commencé ensuite l'étude de la gynécologie par l'examen des procédés antiseptiques qui sont à la disposition du gynécologiste et qui sont nécessaires à l'avenir de cette branche de la chirurgie.

Le soin qu'il a mis à exposer cette question à ses auditeurs, son érudition et sa grande connaissance de la chirurgie étrangère, mais surtout l'expérience qu'il a acquise à Lourcine, dans l'enseignement et la pratique de la gynécologie, nous font présager l'intérêt de ce cours et le succès qu'il est appelé à avoir près la jeunesse studieuse de l'Ecole.

R. F. D.

NOUVELLES

— M. le ministre de l'instruction publique a adressé aux recteurs de l'Académie une circulaire ainsi conçue :

Le certificat d'aptitude de la première partie du baccalauréat ès lettres témoignant de connaissances littéraires supérieures à celles qui sont exigées pour le certificat d'études, j'ai décidé que les candidats aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe qui auront subi avec succès la première série des épreuves de baccalauréat ès lettres ne seront interrogés à l'examen du certificat d'études, institué par le décret du 11 juillet 1886, que sur les matières scientifiques de cet examen.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Noblot est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de préparateur de physiologie, en remplacement de M. Chaleix, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Quint est nommé pour trois ans chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Traill, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Bimar, agrégé, est maintenu dans ses fonctions pour l'année scolaire 1887-1888.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1887-1888 : Directeur du laboratoire des cliniques, M. Guérin, agrégé. — Chef des travaux du laboratoire de chimie, M. Thorion; préparateur, M. Fistié. — Chef des travaux du laboratoire d'hygiène, M. le docteur Vallois. — Chef des travaux du laboratoire de thérapeutique, M. le docteur Ganzinotti. — Chef des travaux du laboratoire de physique, M. Bagnéris, agrégé.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. le docteur Charier est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Merz, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. le docteur Bouton est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le docteur Graciette est nommé bibliothécaire.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — Décret relatif à la limite d'âge des officiers du corps de santé :

Sur le rapport du ministre de la guerre, le président de la République a rendu, le 11 novembre 1887, le décret suivant :

Article premier. — Les médecins et pharmaciens militaires, réunissant les conditions réglementaires pour l'obtention de leur pension de retraite, à titre d'ancienneté de service, seront admis d'office à la retraite, quand ils auront atteint les limites d'âge fixées pour les officiers des corps de troupe de toutes armes dont ils ont la correspondance de grade.

Art. 2. — Les médecins et pharmaciens militaires, actuellement inscrits au tableau d'avancement, seront maintenus en activité jusqu'à leur promotion au grade supérieur.

Art. 3. — Toutes dispositions antérieures, contraires à la teneur du présent décret, sont et demeurent abrogées.

— Un concours s'ouvrira le 26 décembre prochain à l'École du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à seize emplois de médecin stagiaire. Adresser les demandes d'admission au concours au ministre de la guerre (bureau des hôpitaux) avant le 15 décembre. (Pour les conditions du concours, les épreuves à subir, voir le numéro du JOURNAL OFFICIEL du 12 novembre 1887, page 4,989.)

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 6 AU SAMEDI 12 NOVEMBRE 1887

Fièvre typhoïde 15 — Variole 10 — Rougeole 9 — Scarlatine 9. — Coqueluche 2 — Diphthérie, croup, 34 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 160. — Autres tuberculoses 25. — Tumeurs: Cancéreuses 30. — Autres 3. — Méningite 24. — Congestion et hémorr. cérébr. 49. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 7. — Maladies organiques du cœur 61. — Bronchite aiguë 15. — Bronchite chronique 40. — Broncho-pneumonie 35. — Pneumonie 61. — Gastro-entérite : Sein 24. — Biberon 31. — Autres 11. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales. 0. — Débilité congénitale 12. — Sénilité 20. — Suicides 9. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 153. — Causes inconnues 13 — Total de la semaine: 879 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La pratique obstétricale. — Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le docteur Crouzat, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-12 de 290 pages avec 75 figures intercalées dans le texte. — Prix broché : 5 francs. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

L'angine de poitrine hystérique, par J.-R. Le Clerc, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume grand in-8° de 178 pages — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, fascicule 2. — Affections chirurgicales des appareils et des systèmes ; avec la collaboration de MM. les professeurs Viault et Demons, de MM. les professeurs agrégés Planteau, Piechaud et Maurice Denucé, de la Faculté de Bordeaux. Un vol. gr. in-8 de 370 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. ; le tome Ier (complet), 12 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 48 26 NOVEMBRE 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

SUR DEUX CAS D'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE, par M. le professeur JACCOUD (Leçon recueillie par M. DELIGNY).

Messieurs,

Nous avons eu, depuis que nous avons ouvert ces leçons cliniques, deux cas d'érysipèle de la face qu'il me paraît utile d'étudier pour votre instruction.

Le premier concerne un homme de 40 ans, cordonnier, qui est entré dans le service le 2 novembre, et sorti guéri le 10 novembre. Il est entré à l'hôpital le deuxième jour de sa maladie.

Le second cas concerne un homme de 39 ans, maçon, entré dans le service le 16 novembre, qui s'y trouve encore, et qui nous est arrivé au cinquième jour de sa maladie.

Nous désignerons, pour faciliter la comparaison, comme premier malade le plus ancien, et, comme second, celui qui est encore dans le service.

Chez tous deux, l'érysipèle a été régulier. Chez le premier, il n'y a pas eu, à vraiment dire, d'état général ; le deuxième a eu quelques frissons, de l'état gastrique, du malaise. Donc l'affection s'est montrée différente chez les deux malades.

Aucun d'eux n'a eu de vomissements. Notez ce fait. On croit trop aisément que le vomissement est un symptôme initial de l'érysipèle. L'absence de vomissements, voilà la règle.

Ni l'un ni l'autre n'ont présenté de tuméfaction ganglionnaire, ni au cou, ni sous la mâchoire. On a beaucoup exagéré, à une certaine époque, l'importance et la fréquence de la tuméfaction ganglionnaire. On l'a présentée comme constante, et je suis obligé de nier l'exactitude de ce fait.

Sous l'autorité de Chomel, on a dit que la tuméfaction ganglionnaire était un phénomène précurseur de l'érysipèle ; que cela soit dans certains cas, je ne le nie pas, mais on ne saurait en faire une règle.

Le gonflement ganglionnaire n'est pas constant, et quand il existe, il n'est pas assez précoce pour être un symptôme révélateur.

Chez nos malades, l'exanthème s'est développé vingt-quatre heures après les premiers symptômes. C'est la moyenne.

Chez le premier, il n'a point envahi le cuir chevelu ; chez le second, toute la moitié antérieure du cuir chevelu a été prise, sans symptôme cérébral. Chez le premier, à aucun moment, nous n'avons observé d'altération des urines, pas d'albumine ; chez le second, venu au cinquième jour, nous avons trouvé, dès son entrée, une certaine quantité d'albumine, qui a persisté jusqu'au huitième jour. Puis elle a disparu et depuis samedi il n'y en a plus de trace.

Chez tous les deux, la fièvre a été normale. Chez le premier, elle a été toujours au-dessus de 39o le soir, avec rémission de 1o le matin ; chez le second, elle a oscillé entre 38 et 39o, avec rémission d'un demi-degré le matin.

Chez le premier, la défervescence a été brusque, accompagnée de diurèse, de diarrhée, de sueurs. Cette réunion de phénomènes critiques est rare. Cette défervescence a eu lieu du cinquième au sixième jour.

Chez le second, même défervescence brusque du septième au huitième jour. Il n'y a eu, chez lui, que de la diurèse. Chez tous les deux, la convalescence s'est établie rapidement.

Voilà deux cas types d'érysipèle facial simple, sans complications, dont la durée a été de six à huit jours.

Quand les choses se passent ainsi, on a peine à voir dans cette maladie une maladie infectieuse, capable de diffusions multiples, et même de déterminer la mort. Mais, même dans ces cas ultra simples, on trouve un indice du caractère infectieux, qui est pour moi positif, c'est le mode de défervescence.

Voyez les maladies qui ont aussi une brusque défervescence ; elles sont toutes infectieuses.

Ce mode suppose nécessairement l'inertie subite de la cause qui a produit la fièvre, et de pareilles conditions ne peuvent être réalisées que par des agents d'infection.

Ce qui reste à établir, c'est si la défervescence brusque est la règle. On peut dire : oui, s'il n'y a pas de complications.

Quand l'érysipèle procède par poussées, chaque poussée présente une défervescence brusque.

Cela ne veut pas dire qu'on ne peut observer la défervescence graduelle, mais on ne la rencontre que dans l'érysipèle grave, compliqué.

Mais si, dans ces cas simples, le mode de défervescence est une preuve du caractère infectieux de la maladie, l'examen des cas plus complexes conduit à la même conclusion : il y a multiplicité des accidents infectieux comme dans les fièvres infectieuses.

Je n'entends pas par complications, accidents à distance, l'extension de l'érysipèle, qui n'est qu'un fait local.

D'après la fréquence de ces accidents, à commencer par les plus fréquents, je dois vous signaler les accidents cardiaques que j'ai fait connaître avant 1870.

Ils se montrent au deuxième ou troisième jour; ils sont possibles au début de l'exanthème, possibles au moment de sa résolution; on peut encore les rencontrer avant l'apparition de l'exanthème.

L'accident cardiaque le plus fréquent est l'endocardite mitrale, normalement caractérisée par un souffle systolique à la pointe.

Une enquête minutieuse est nécessaire pour montrer que cette endocardite est bien la conséquence de l'érysipèle et non d'une maladie antérieure; la constatation est facile si on voit le malade dès le premier jour.

Cette endocardite peut être associée à quelques plaques de péricardite sèche; mais le fait est rare, et plus rare encore est la péricardite isolée. Un autre accident, aussi très rare, est la coexistence de la myocardite avec l'endocardite.

Cette endocardite guérit 90 fois sur 100; le souffle finit par s'éteindre. Quand il n'en est pas ainsi, elle peut devenir une lésion mitrale définitive. Enfin, elle peut contribuer à la mort dans le cours de l'érysipèle.

Je dis : *elle peut contribuer*. En effet, je n'ai pas vu de cas de mort par endocardite seule, mais j'en ai vu par endocardite associée à la néphrite.

Voilà pour le cœur.

A fréquence égale, je dois vous signaler les complications sur les reins. Mais, avant tout, je veux m'élever contre une exagération qui existe depuis quelques années.

Il y a plus de trente ans que l'on sait que l'albumine se rencontre dans l'érysipèle; j'ai signalé ce fait dans ma thèse inaugurale, qui date de vingt-sept ans. Dans ces dernières années, un médecin américain, Dacosta, a dit que sa présence était constante, et d'autres observateurs l'ont répété après lui.

C'est faux; l'albumine n'est pas constante, mais elle est fréquente. Chez nos deux malades, le premier n'en a pas eu, et il a été suivi dès le premier jour.

Une autre erreur existe aussi depuis. On a été longtemps à ignorer les rapports de l'albumine avec la néphrite. C'est Ericksen qui, le premier, je crois, a signalé ce fait; puis sont venus, outre les travaux d'autres observateurs étrangers, ceux de Bouchard, Cornil, la thèse de l'un des élèves de Bouchard, et on a fait la même erreur que pour la présence de l'albumine, on a dit : l'albuminurie est, dans tous les cas, liée à une néphrite.

C'est une erreur. On y est arrivé en constatant des lésions des reins chez tous les érysipélateux qui meurent avec de l'albuminurie, et on en a conclu à l'existence du même processus chez les malades qui ne mouraient pas, en admettant que les lésions étaient plus légères.

On s'est appuyé sur les éléments trouvés dans les urines : globules blancs et rouges, cylindres épithéliaux, microbes.

On peut en effet les y trouver, mais non pas dans tous les cas. Donc, le raisonnement est faux.

Voyez nos malades : l'un n'a pas eu d'albumine; l'autre en a eu, et M. Berlioz, très compétent en la matière, n'a trouvé que des cylindres, mais pas de globules, ni de microbes.

Et, cette soi-disant néphrite diffuse aurait donc disparue en trois jours ?

Donc, l'albuminurie n'est pas constante, et, quand elle existe, elle n'est pas toujours liée à une néphrite.

L'albuminurie se présente sous deux formes :

Dans une première forme, elle existe seule et peut s'expliquer par la suppression des fonctions de la peau (cependant cette explication a été contestée) et par la haute température. C'est une albuminurie simple.

En second lieu, il y a l'albuminurie avec les éléments signalés plus haut. Quand on les trouve dans les urines, on peut dire que leur élimination par le rein peut être cause d'irritation; mais quand on voit cette irritation rapidement disparaître, on ne peut songer à une néphrite diffuse.

Seulement, la situation du malade est plus grave; cet état peut persister, et il peut en résulter une néphrite chronique. Mais je crois que l'on ne peut pas appliquer cela aux cas légers, et je garde à ce symptôme la qualification de *catarrhe par élimination* que je lui ai donnée.

Je veux maintenant vous signaler un autre groupe moins connu; c'est celui des accidents intestinaux. Ils présentent deux variétés : dans l'une, ce sont les symptômes de l'entérite catarrhale simple, qui n'agissent pas sur l'état général et ne modifient pas le pronostic.

Dans la seconde forme, on voit apparaître des vomissements bilieux répétés avant l'exanthème, des douleurs épigastriques spontanées ou à la pression, des évacuations dysentériformes avec ténesme. Il s'agit d'ulcérations intestinales, et ce n'est pas le duodénum seul, comme on l'a dit, mais aussi les parties les plus élevées de l'intestin grêle, qui sont prises.

Ces ulcérations sont peu profondes, n'intéressent que la muqueuse, à bords tranchants, peu nombreuses (une ou deux, quatre à cinq au plus), leur diamètre à 1 centimètre au plus.

Une autre altération intestinale. Il y a bien des années, on a signalé l'infiltration des plaques de Peyer et des glandes isolées de la même région. C'est là une preuve du caractère infectieux; mais je ne puis vous donner de tableau clinique correspondant à ce fait anatomique.

Il y a encore bien d'autres complications de l'érysipèle; nous les étudierons dans nos prochaines leçons cliniques, ainsi que le microbe spécial à cette affection.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HYSTÉRIE MERCURIELLE, par M. LOUIS GUINON, interne des hôpitaux.

L'existence d'accidents hystériques dans le cours des intoxications chroniques (saturnine, mercurielle, alcoolique et peut-être syphilitique), est admise sans conteste; le nom d'hystérie toxique est généralement adopté. Mais, si l'on recherche comment les auteurs comprennent l'association de ces deux facteurs, intoxication et hystérie, comment ils interprètent l'influence pathogénique du poison dans le développement des troubles nerveux, on trouve deux conclusions très distinctes :

1° Quelques-uns supposent que la cause toxique a favorisé le développement de la névrose chez un homme prédisposé par ses antécédents héréditaires et son passé pathologique, et on invoque pour l'hystérie saturnine, comme pour la goutte saturnine, la diathèse arthritique à laquelle ressortissent de si nombreux hystériques. L'hystérie latente est donc tout; l'intoxication n'est qu'une cause occasionnelle. « Donc, dit le professeur Charcot (1), si on appelle cette hystérie *saturnine*,

(1) Charcot. BULLETIN MÉDICAL, 25 mai 1887.

ce sera seulement pour « rappeler l'influence de cette cause, « comme on dit ataxie syphilitique, chorée rhumatismale »; il vaudrait mieux dire hystérie chez un saturnin. M. Letulle (1) conclut de même, que les cas d'hystérie mercurielle qu'il analyse sont de « l'hystérie développée chez des individus pré-« disposés, sous l'influence du poison métallique ». C'est encore l'opinion du professeur Potain (2), avec quelques restrictions;

2° D'autres croient qu'il faut faire la part plus grande à l'intoxication, qui « créerait de toutes pièces une hystérie qui « serait alors une hystérie exclusivement toxique». (Achard(3). Ainsi, pour M. Debove(4), elle serait à l'hystérie vraie ce qu'est l'épilepsie symptomatique au vrai mal comitial. Notre maître, M. Bucquoy, soutient qu'il s'agit là de simples manifestations toxiques.

Nous croyons, avec M. Achard, que les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour retirer complètement à l'intoxication la création complète de ces accidents. Les cas anciens, recueillis dans un but tout différent, ne peuvent servir de base sérieuse à cette discussion.

L'observation suivante peut apporter quelques éléments à la solution de cette question, en montrant les rapports étroits de l'empoisonnement et des troubles nerveux :

Intoxication mercurielle et alcoolique. — Tremblement. — Accidents hystériformes. — Guérison par l'aimantation (5).

R... (Eugène), miroitier, 50 ans. — Service de M. Bucquoy (Hôtel-Dieu), mars 1887.

Antécédents héréditaires. — Son père, miroitier, comme lui, a eu de multiples accidents d'intoxication mercurielle sans gravité; il vit encore et a une excellente santé. Mère morte à 30 ans, de fluxion de poitrine; ne paraît pas avoir eu de maladie nerveuse. Six frères et sœurs d'un autre lit se portent bien. Deux oncles sont morts subitement dans la rue, vers 50 ans.

Antécédents personnels. — Tout jeune, il pénétrait souvent dans les ateliers d'étamage; mais ce n'est qu'à 26 ans qu'il travailla directement au mercure. Pas de syphilis.

Jusqu'en 1880, c'est-à-dire pendant dix-sept ans, il n'eut que quelques troubles digestifs avec salivation intermittente; il prenait constamment de l'iodure de potassium. A cette époque, après des journées de travail plus longues, l'intoxication devient manifeste, saignement et suppuration des gencives, chute de plusieurs dents, glossite, écoulement nasal qui ne paraît pas imputable à l'iodure (*ces phénomènes se reproduiront de même avant chacune des trois grandes crises que nous allons raconter*). Tremblement léger des membres, surtout au bras gauche; il sent mal le sol, il entend moins de l'oreille gauche.

Après six mois de séjour à la campagne, ces accidents cessent.

Telle est la *première atteinte*, courte et bénigne, ce que R... doit vraisemblablement à l'absence de tout excès alcoolique.

En 1883, *seconde atteinte* : la stomatite et le tremblement reparaissent; mais, le travail pressant, il reste cinq à six heures par jour dans l'atelier (1), et par surcroît, pour modérer le tremblement, il prend chaque matin 125 grammes de rhum. Après un mois de cette intoxication massive, tremblant constamment, très affaibli, il devient incapable de tout travail; enfin, il tombe un jour dans la rue.

Il reste six mois à l'hôpital de Boston, présentant les phénomènes suivants : Signes d'intoxication au maximum, salivation de 250 grammes de liquide en vingt-quatre heures, tremblement des quatre membres augmentant par le contact et se généralisant par l'émotion avec une telle violence qu'on fut obligé de l'attacher dans son lit. A signaler aussi quelques symptômes qui, au dire du malade, auraient consisté en paralysie complète du membre inférieur droit, incomplète du membre supérieur gauche, avec anesthésie des deux mêmes membres (?)

Malgré le traitement (chlorate de potasse, électrisation), continué à l'hôpital français de New-York, il est rapatrié comme infirme et entre dans le service de M. Bouchard. Il présentait alors des accidents multiples identiques à ceux que nous décrirons plus loin. Mais l'observation de M. Chantemesse relate quelques symptômes actuellement disparus ou modifiés.

Outre le tremblement, les secousses intermittentes, il y avait anesthésie de la plante des pieds, de la face interne des *jambes, surtout à droite, et du membre supérieur gauche* (le droit était intact). Hémianesthésie sensorielle gauche. Il y avait donc croisement de l'anesthésie des membres.

Ce fait est à rapprocher d'une particularité remarquable de R... Dans son travail, il lui arrivait souvent de verser sur les glaces une trop grande quantité de mercure; il faisait alors écouler le surplus à droite, et le métal tombait toujours sur la cuisse et la jambe droite; de plus, R... est gaucher, et c'est avec la main gauche qu'il étendait le mercure. Or, ce sont ces deux membres qui présentaient en 1885 l'anesthésie la plus tenace.

Traitement. — Bains sulfureux, courants continus descendant sur la colonne. En un mois, l'amélioration était très notable, et, en décembre 1886, R... peut de nouveau travailler dans un atelier de Madrid. Là, les conditions hygiéniques sont si mauvaises que, en moins de cinq mois, il est en pleine intoxication, et, comme toujours, avant les troubles nerveux, apparaissent la stomatite, la glossite, le coryza, enfin les vomissements et le tremblement. Pour le diminuer, R... boit. Sur ces entrefaites, quoique depuis longtemps dépourvu de tout appétit génital, il tente un coït, et, en plein orgasme, il est jeté à terre, en proie à une contracture clonique formidable généralisée. Dès lors, les accidents se déroulent, et R... entre à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — R... est un homme vigoureux, de haute stature, très amaigri, mais nullement cachectique.

Cependant on constate des *stigmates indélébiles de ses anciennes stomatites* (langue à bords érodés, indurés, gencives atrophiées, couvertes de dépressions profondes, dents en partie conservées, mais complètement dénudées).

Troubles intellectuels. — Très intelligent, il remarque depuis 1880 un affaiblissement de la mémoire; il calcule plus difficilement. Il parle trois langues; mais, depuis quelque temps, difficilement l'anglais.

Il est d'une émotivité extrême; le regard d'un inconnu, l'ap-

(1) Letulle. Soc. MÉD. DES HÔP., août, et GAZ. HEBD., septembre 1887.

(2) Potain. BULLETIN MÉDICAL, septembre 1887.

(3) BULLETIN MÉDICAL, 3 août 1887.

(4) Soc. MÉD. DES HÔP., 1886.

(5) Nous avons utilisé pour la rédaction de cette observation celle qu'a bien voulu nous remettre M. Chantemesse, recueillie par lui en 1885 dans le service de M. le professeur Bouchard. Nous l'en remercions vivement.

(1) Les ateliers où vécut R... sont hermétiquement clos pendant les heures de travail, afin d'empêcher la déperdition des vapeurs mercurielles, et surtout la pénétration et la chute des poussières; la température s'y élève beaucoup. Le sol est couvert de larges plaques de mercure renversées par les ouvriers trembleurs; il en résulte que la salle est toujours pleine de vapeurs de mercure.

Des mesures hygiéniques précises imposent aux travailleurs des bottes de caoutchouc serrées aux genoux et munies d'une double semelle contenant une plaque de cuivre; une muselière en caoutchouc maintient sur la bouche une éponge imbibée d'iodure de potassium. En outre, les ouvriers ne travaillent que trois heures par jour. De pareils ateliers n'existent plus en France.

proche d'un médecin, l'effrayent, et, en plein repos, provoquent des tremblements et de véritables trépidations généralisées.

Agoraphobie. — La marche, outre les troubles signalés plus loin, est impossible dans la rue. Quand quelqu'un vient à sa rencontre, il fait un violent écart pour l'éviter; à l'approche d'une voiture, il est immobilisé par la terreur et le tremblement. En 1885, le trouble était tel qu'il tombait les bras contracturés en flexion, voyant trouble, sorte d'attaque qui durait quelques secondes et était suivie d'augmentation du tremblement.

Troubles moteurs. — Tremblement. — Dans l'isolement, R... est très calme; mais, aussitôt qu'on lui parle, un tremblement convulsif envahit les membres, puis la mâchoire inférieure, si le malade essaie de parler; la langue est déviée à droite et à gauche, animée de tremblements fibrillaires. Ces secousses, rapides et très limitées, reparaissent dans tous les actes qui exigent une certaine force musculaire, et surtout quelque précision; mais elles sont très inégalement distribuées. Ainsi, *avec la main droite*, R... peut prendre et porter son verre; *à gauche*, il n'aboutit qu'à des secousses violentes qui rappellent celles de la sclérose en plaques; il dessinait autrefois très bien de la main gauche; cela lui est impossible. Il écrit cependant, mais de façon à peu près illisible de la main droite.

Force musculaire. — Très diminuée à gauche. R... ne peut porter le moindre fardeau.

Marche. — Elle se fait lentement, péniblement, à petits pas, à l'aide d'une canne; mais, après quelques mètres, tremblement général des membres et de la tête, qui va s'exagérant et oblige le malade à s'accrocher quelque part. Il ne descend un escalier que accroupi sur les marches. La station debout immobile est impossible.

Attaque convulsive. — On peut la provoquer de plusieurs façons :

a. En faisant serrer avec force un objet dans la main gauche ;

b. Par l'extension prolongée du membre supérieur droit, ou simplement en maintenant la main droite en pronation, à plat sur le plan du lit;

c. Par la constriction du bras gauche (diathèse de contracture);

d. Par choc sur les cuisses et surtout les tendons rotuliens;

e. En pressant ou seulement en frôlant la nuque; en ce point, existe un fibrolipôme sous-cutané dont la compression redoutée du malade provoque au plus haut point le syndrôme que nous allons décrire.

Alors commence subitement une trépidation épileptoïde qui envahit successivement *trois membres*; les deux membres inférieurs prennent la même situation; dès le début, les genoux, puis les pieds, se fléchissent (ces derniers au maximum); enfin, les orteils s'étendent jusqu'à renversement sur la face dorsale. Des deux membres supérieurs, le *gauche* [*seul est atteint*, fléchi au coude, la main en extension, les doigts étendus et écartés. Tous les muscles de ces membres sont violemment contracturés.

La face et le cou sont respectés, la bouche s'ouvre et se ferme rapidement, l'articulation des mots est indistincte.

La respiration est irrégulière, entravée par les trépidations qui continuent; la face est rouge et les yeux injectés; tout cela dure aussi longtemps que le malade n'a pas pratiqué diverses manœuvres d'arrêt signalées plus loin.

Variétés de l'attaque. — En règle générale, elle commence par le membre que l'on excite directement; partant, par exemple, de la jambe droite, les secousses y restent limitées quelques secondes, puis envahissent la gauche, et finalement le bras gauche; le droit reste toujours intact.

L'attaque se généralise d'emblée quand on excite la nuque ou la colonne.

Manœuvres d'arrêt. — Elles consistent à porter les extrémités dans une position inverse de celle qu'elles ont pendant l'attaque, à fléchir violemment les orteils, à porter le pouce gauche dans l'abduction et la flexion (le malade le fait lui-même, grâce à l'intégrité de la main droite); alors l'agitation cesse et finit par quelques contractions musculaires individuelles. R... réussit même à juguler l'attaque; après un choc sur le tendon tricipital par exemple, il saisit à pleines mains le membre au-dessus du point excité, et il arrête ainsi l'attaque avant sa généralisation.

Troubles subjectifs pendant l'attaque. — Sensation de courant électrique, qui part du point percuté, et suit le même parcours que le tremblement; palpitations violentes et douleur précordiale; goût âcre, amer dans la bouche. L'intelligence reste intacte; la parole est impossible, et ce trouble paraît lié à une sensation de boule limitée très exactement au côté gauche du cartilage thyroïde, car, quand on a comprimé ce point, la parole redevient possible, quoique très tremblée.

Troubles de sensibilité à gauche. — Anesthésie sensivo-sensorielle dans tous les modes. Cependant, réflexe plantaire conservé. *A droite*, sensibilité diminuée.

Anesthésie pharyngée.

Hyperesthésie du sinciput, de la nuque, de la région vertébrale.

Aucune douleur spontanée.

Organes des sens. — Pupilles égales; réflexes pupillaires normaux. Pas de strabisme évident; cependant, diplopie croisée à à quelques centimètres.

Examen ophthalmoscopique (pratiqué par M. Kælt en février). — *Congestion des papilles* plus marquée à gauche; *scotôme central pour le vert et le jaune*; faible rétrécissement du champ visuel coloré et blanc, plus marqué à gauche; l'ordre de disparition des couleurs est le suivant : vert, bleu, rouge; acuité visuelle moindre à gauche.

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — M. Chantemesse signalait en 1885 des sueurs localisées à la face dorsale des orteils; elles ont disparu; les ongles des gros orteils sont tombés sans douleurs et se sont reproduits depuis.

Organes génito-urinaires — Aucun trouble urinaire.

L'impuissance génitale est complète depuis 1880.

3 avril. — Depuis un mois et demi, malgré le bromure de sodium, l'état de R... s'est peu modifié. Première séance d'hypnotisme par suggestion; séance de préparation; elle n'aboutit qu'à un somnambulisme imparfait, après quoi nous observons *une attaque de contracture dont le type est inversé des attaques antérieures* (extension des pieds et flexion des orteils).

4 avril. — Aucune amélioration; au contraire, céphalalgie intense, insomnie.

5 avril. — Deuxième séance d'hypnotisme, combinée avec application de l'aimant pendant vingt minutes sur le bras gauche; le malade reste en rapport avec nous pendant toute l'épreuve; nous lui suggérons la disparition du tremblement de la parole.

Au réveil, attaque de contracture du type inverse signalé plus haut; nous notons les changements suivants : *retour complet de la sensibilité générale et sensorielle gauche; transfert complet de l'anesthésie sensorielle à droite. La parole est bien articulée, sans tremblement*, le sifflement est possible; enfin, le malade copie assez nettement de la main gauche un dessin facile.

6 avril. — Les attaques provoquées sont moins intenses.

La marche est plus facile.

12 avril. — L'anesthésie s'est reproduite, une troisième séance d'hypnotisme avec aimantation fait disparaître l'hémianesthésie sans transfert.

R... dessine très bien ensuite. Mais, cinq jours après, on note *un retard des perceptions sur les membres du côté gauche* (dix secondes pour la cuisse).

Puis on continue le traitement par l'aimant seul, appliqué, par périodes de deux heures, sur les membres.

1er mai. — L'anesthésie disparut ainsi complètement, le trem-

blement diminua progressivement; mais quelques particularités sont dignes d'être signalées :

Ainsi, l'approche de l'aimant *accélère la transmission nerveuse* dont le retard tombe de 10 à 2 secondes; si l'on provoque un commencement d'attaque, il suffit de promener l'aimant sur les différents groupes musculaires pour produire immédiatement la résolution. En l'absence de l'aimant, tout travail délicat est impossible; si on l'approche, R... réussit immédiatement à écrire lisiblement, à enfiler une aiguille fine.

C'est ainsi que peu à peu, en poursuivant tous les points d'hyperesthésie, nous avons pu les faire tous disparaître, et frapper impunément tous les points convulsigènes des jours précédents. Entre temps, l'examen des yeux décelait des variations dans l'étendue du champ visuel qui, le 18 juin, était très rétréci, puis s'élargit un peu et l'apparition d'un scotôme central et périphérique pour le vert.

Les érections ont reparu.

Le *4 août*, R... part méconnaissable; la sensibilité est encore un peu diminuée à la plante des pieds; l'anesthésie sensorielle gauche a reparu, mais il n'existe plus aucun tremblement, le travail est possible.

Dans cette longue observation que nous avons cru devoir reproduire entièrement, deux intoxications sont combinées : l'hydrargyrisme et l'alcoolisme; les excès alcooliques n'ont pas été prolongés, mais l'usage massif a été suffisant pour aggraver notablement l'état du malade.

L'alcool diminuait l'intensité du tremblement le matin; c'est un effet déjà signalé (Fourcroy cité par Hallopeau), mais il a dû, dans la suite, en modifier la forme. Nous avons cherché à déceler par le myographe les caractères spéciaux de ce tremblement, et à comparer les tracés à ceux que donne le tremblement mercuriel pur à un degré inférieur. Malheureusement, les points de comparaison nous ont manqué; nous n'avons eu comme tel que le nommé Scb..., mercuriel et trembleur dont l'observation maintenant classique a été publiée par Maréchal (Thèse de Paris, 1885) et complétée par M. Letulle (Société médicale des hôpitaux, août 1887) (1). Son tracé est très différent de celui de R...; ce dernier est en effet formé de doubles oscillations à angles aigus alternativement courtes et élevées, tandis que celui de Scb... donne une ondulation régulière et sinueuse.

Le tremblement de R... présentait à un haut degré ce caractère propre aux hydrargyriques de s'accroître considérablement sous l'influence des émotions et de se transformer en contracture quand on exigeait de lui un effort soutenu; cela s'observe communément; qu'on se reporte aux *Lettres médicales* de Th. Roussel, on y trouvera une description saisissante de ce phénomène, identique à celui que nous avons observé (2).

(1) Nous devons à l'obligeance de M. Letulle d'avoir pu observer Scb... pendant quelques jours à l'Hôtel-Dieu.

(2) Th. Roussel. *Lettres médicales sur l'Espagne*, UNION MÉDICALE, 1847. « Au moment des accès, si un calambriste saisit un « objet, aucun effort n'est capable de lui faire lâcher prise, et la « volonté du patient est aussi impuissante que la force étrangère... « A notre arrivée, tous ces malheureux étaient calmes, mais dès « que, prenant en particulier quelques-uns d'entre eux, nous avons « voulu les interroger, nous avons vu les tremblements prendre un « tel accroissement, qu'il a fallu soutenir deux de ces calambristes « pour éviter qu'ils ne tombassent à terre. »

Aussi bien R..., qui est bon observateur, raconte volontiers que ses camarades d'atelier tremblaient beaucoup à l'approche d'un étranger, et que les contre-maîtres évitaient d'entrer pour ne pas troubler le travail.

Mais rarement le tremblement acquiert l'intensité que présentait R..., et il paraît légitime de faire intervenir dans sa pathogénie l'alcoolisme. D'ailleurs, un autre symptôme peut être rattaché à cette seconde intoxication : c'est le scotome central bilatéral; et, si l'on rappelle les lésions buccales profondes, l'état des dents, on pourra conclure que deux intoxications ont simultanément contribué à l'état complexe que nous avons décrit.

Reste la classification : le tremblement mis de côté, tous ces accidents nerveux : hémianesthésie sensitivo-sensorielle, mobile, rétrécissement du champ visuel, sont des signes d'hystérie au premier chef; il n'est pas jusqu'aux points convulsigènes qu'on ne puisse identifier aux points hystérogènes. En présence de ce syndrome, peut-on dire que c'est là de l'hystérie pure développée chez un sujet prédisposé, sous l'influence de l'intoxication?

1° On a remarqué que chaque grande période nerveuse a été précédée des signes vulgaires de l'hydrargyrisme chronique à un haut degré. Aussi longtemps qu'il n'est pas mercuriel, R... n'a pas d'accidents nerveux : le jour où l'intoxication est à son comble, les troubles nerveux apparaissent, et trois fois ces phénomènes reparaissent dans le même ordre;

2° Dans un autre ordre d'idées, si l'on rattache à l'hystérie les accidents décrits plus haut, où est la limite entre le symptôme hydrargyrique et le symptôme hystérique? Car, avant les grandes trépidations actuelles, R... avait le tremblement vulgaire des ouvriers en mercure, et tous ses camarades le présentaient à ce degré inférieur. Fera-t-on rentrer alors tous ces tremblements dans l'hystérie? Non.

3° Ajoutons que les hystériques par intoxication, tant mercurielle que saturnine, sont pour la plupart de vieux empoisonnés, et dont les troubles n'ont apparu qu'après l'action longtemps prolongée du métal.

4° Enfin nous rappelons cette singulière localisation des symptômes (hémianesthésie en 1885, tremblement en 1887), qui prédominaient sur les membres en contact plus intime et plus répété avec le mercure, fait déjà mis en lumière par M. Potain, dont le malade, saturnin, présentait une paralysie à type hystérique dans le territoire des paralysies saturnines. Peut-on voir union plus intime entre la cause : intoxication, et l'effet : trouble nerveux?

De ces quelques considérations, il paraît légitime de conclure que *cette hystérie est le résultat direct de la seule intoxication; qu'elle n'existe que par elle en dehors de toute prédisposition; qu'elle est purement toxique, en un mot symptomatique.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

La créoline, un nouvel antiseptique.—La sténocarpine

I. LA CRÉOLINE, par le docteur E. VON ESMARCH (*Centralblatt für Bacteriologie*, 1887, nos 10 et 11). — II. APPLICATIONS DE LA CRÉOLINE A LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, par le professeur FRŒNRER (*Archiv für Wissenschaftliche und praktische Thierheilkunde*, 1887, n° 14). — III. LA VALEUR DE LA CRÉOLINE EN CHIRURGIE, par le docteur KORTÜM (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 46, p. 861). — IV. LA CRÉOLINE, par le professeur LIEBREICH (*Therapeutische Monats-

hefte, 1887, nº 11, p. 442). — V. QU'EST-CE QUE LA STÉNOCARPINE? par les professeurs NOVY et MOHR (*Pharmaceutische Rundschau Amerika*, t. IV, nº 11, et *Therapeutische Monatshefte*, 1887, nº 11, p. 464).

I. La créoline est un nouveau produit extrait de la houille par voie de distillation et dont le mode exact de préparation n'a pas encore été livré à la publicité. On la trouve dans le commerce de la droguerie (marque William Pearson, de Hambourg) sous la forme d'un liquide oléagineux, brunâtre, d'une odeur goudronneuse. Sa teinte est un peu celle de l'acide phénique pur. Il est cependant facile d'éviter toute confusion entre les deux substances, la créoline étant soluble en toutes proportions dans l'eau. Lorsqu'on laisse couler une goutte de créoline le long de la paroi d'un verre à réactif contenant un peu d'eau, celle-ci entre en agitation très vive au moment où les deux liquides viennent en contact; de la gouttelette de créoline on voit partir des filaments blanchâtres, qui augmentent rapidement en nombre et en épaisseur, jusqu'à ce que finalement l'eau soit transformée en une masse lactescente, sans qu'il ait fallu pour cela imprimer la moindre secousse au verre. Même les solutions d'un titre supérieur au 1/100e conservent cet aspect lactescent, quand elles sont fraîchement préparées; au bout de quelques jours, elles échangent cet aspect contre celui du café au lait.

Les recherches bactériologiques de M. ESMARCH démontrent que la créoline égale ou surpasse l'acide phénique eu égard à l'action parasiticide. Avec une solution à 1 pour 1000, on parvient à stériliser une culture du bacille du choléra après dix minutes de contact; avec une solution à 1/2 %, une culture du bacille de la fièvre typhoïde est stérilisée après 4-7 jours de contact, et une culture de staphylococcus aureus après quatre jours de contact avec une solution à 1 pour 100. Sur les spores charbonneuses, la créoline paraît agir moins efficacement que l'acide phénique; de même, un mélange de matière fécale et de lavure de chair, additionné d'une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, est stérilisé au bout de quinze jours, tandis que ce résultat n'est pas obtenu après substitution à la solution phéniquée d'une égale quantité de solution de créoline à 1/2 0/0.

Il semble, d'après cela, que la créoline l'emporte sur l'acide phénique en puissant parasiticide lorsqu'on expérimente sur des cultures microbiennes, et que l'inverse ait lieu quand on opère sur des liquides putrescibles; ceux-ci décomposent sans doute la créoline. C'est du moins l'explication mise en avant par M. Esmarch.

Ce qu'il y a de particulièrement remarquable, c'est la puissante action désodorisante de la créoline. Une solution au 1/1000e détruit instantanément la mauvaise odeur des liquides en putréfaction, résultat qu'on n'obtient pas avec des solutions d'acide phénique à 1 0/0. De même, à l'état pulvérulent (poudre nº 1, rouge-cerise, poudre nº 2, rouge-brun) — la créoline a un pouvoir désodorisant bien supérieur à celui de l'acide phénique. La poudre nº 1 est beaucoup plus active que l'autre. Eu égard au pouvoir antiseptique, l'acide phénique agit avec une intensité égale à celle de la poudre nº 2. Enfin, le savon de créoline concentré est supérieur comme antiseptique au savon à base de sublimé (1/1000e).

II. M. FRŒHNER, professeur à l'École vétérinaire de Stuttgard a expérimenté la créoline avec succès dans le traitement d'un certain nombre de zoonoses. Il a constaté qu'à la dose de 50 grammes, administrée à l'intérieur, la créoline n'avait produit chez les animaux en expérience aucun symptôme qui pût être rapporté à une intoxication. L'emploi de la créoline comme antiseptique lui a donné des résultats satisfaisants dans des cas de tac chez les moutons, de sarcopte chez les chiens, et dans des cas d'affections zymotiques du tube digestif.

III. En s'appuyant sur ce double fait de l'innocuité du nouveau produit et de sa puissante action parasiticide, M. KORTÜM prédit que la créoline ne sera pas longue à obtenir les faveurs des chirurgiens. Les premières tentatives d'antisepsie que M. Kortüm a faites avec cette substance ont donné des résultats très encourageants. Ainsi, dans un cas de fièvre puerpérale grave, avec suppurations septiques intra-articulaires, il a pratiqué *larga manû* des irrigations dans les organes génitaux internes, avec une solution de créoline à 1 %. Du jour au lendemain, les sécrétions de la malade ont perdu leur horrible fétidité, ce qui n'a pas empêché un dénouement fatal de se produire. Par contre, dans une série de cas d'ulcères de la jambe, l'emploi topique de la créoline a donné des résultats que l'auteur qualifie de remarquables. Le pansement était fait de la façon suivante : une bande de gaze était imbibée d'une solution de créoline à 1-2 0/0, puis exprimée, appliquée sur l'ulcère, et recouverte d'un coussinet de tourbe, le tout fixé en place au moyen d'une bande de gaze. Le pansement restait en place quatre jours en moyenne, au bout desquels l'ulcère avait complètement changé d'aspect. Le fond de la perte de substance était tapissé par d'abondantes granulations de bonne nature; celles-ci ne tardaient pas à faire saillie au-dessus du niveau de la peau saine environnante, sous l'influence de nouvelles applications de créoline. La cicatrisation s'effectuait avec une très grande rapidité. Ainsi, chez deux malades entrés à l'hôpital à la même époque et affectés l'un et l'autre d'une ulcération à la jambe, de la largeur d'une main, des applications de créoline ont transformé la perte de substance en un amas de granulations, mesurant 6 centimètres en longueur et 1 centimètre en largeur, cela en l'espace de huit jours. Le traitement fut continué, et, dix jours plus tard, la cicatrisation était achevée. L'un des malades était âgé de 76 ans.

A la suite de séquestrotomies, de résections osseuses, des irrigations faites avec des solutions de créoline ont eu pour effet de restreindre la suppuration; des tampons imbibés d'une solution de créoline et introduits dans des plaies anfractueuses ont donné des résultats aussi satisfaisants que des tampons iodoformés.

D'après les observations faites par M. Kortüm, la créoline serait aussi douée d'une puissante action hémostatique; en se servant de tamponnets d'ouate imbibés d'une solution de créoline, l'auteur a réussi à arrêter des hémorrhagies parenchymateuses beaucoup plus rapidement qu'avec tout autre agent d'hémostase. D'autre part, l'auteur prétend que sous le pansement à la créoline, la cicatrisation des plaies opératoires marche avec une rapidité insolite; que, de plus, la plaie présente un aspect de bonne nature, qui frappe à première vue.

L'auteur résume son jugement sur la valeur pratique de la créoline, en affirmant que cette substance offre à la fois les avantages de l'acide phénique, de l'iodoforme et du sublimé, sans avoir leurs inconvénients.

IV. Voici maintenant les réflexions que le professeur

LIEBREICH a faites au sujet de la nature du nouvel antiseptique. M. Liebreich ne nie pas l'exactitude des observations faites par Frœhner et Esmarch (le travail de M. Kortüm n'était sans doute pas parvenu à sa connaissance). Mais il fait ressortir que les recherches et les expériences de ces deux auteurs ont laissé subsister une lacune qu'il importerait de combler au plus tôt : on a négligé jusqu'ici de définir ce qu'il faut entendre par créoline. Etant donné le grand nombre de substances qu'on peut obtenir en distillant de la houille, il importe, fait remarquer M. Liebreich, de définir chimiquement tel ou tel produit de distillation avant de le faire servir à des applications médicales, autrement il serait difficile de s'entendre sur la valeur du produit. C'est ce qui paraît devoir arriver au sujet de la créoline, dont les échantillons de différentes provenances sont loin d'être identiques les uns aux autres. On a prétendu, d'autre part (CHEMIKER ZEITUNG, 1887, no 74, p. 1127, et PHARMACEUT. CENTRALHALLE, 1887, no 37), que la créoline n'est autre chose qu'un produit qu'on avait introduit autrefois en médecine, le sapophénol. Nouvelle raison, conclut M. Liebreich, d'être fixé au plus tôt sur la constitution chimique de la créoline.

V. Nous avons rendu compte, dans un des derniers numéros de ce journal (no 39, p. 464), de la prétendue découverte d'un nouvel alcaloïde, la sténocarpine, annoncée par un médecin américain, M. Claiborne. Or, à en croire M. NOWY, la sténocarpine ne serait pas autre chose qu'un mélange d'atropine et de cocaïne; d'autre part, le professeur Mohr conclut des résultats des recherches auxquelles il s'est livré, que les feuilles de l'*accacia stenocarpo* ou *gleditschia triacanthos* ne renferment pas d'alcaloïde. C'est donc un pendant à la hopéine que nous a révélé M. Claiborne.

E. RICKLIN.

SUR LES KYSTES A CONTENU GAZEUX DU VAGIN,
par le professeur LUIGI MAUGIAGALLI.

Voici tout d'abord l'observation recueillie par le professeur :

Femme de 25 ans, secondipare, entrée à la clinique de Catane, le 1er février de l'année courante. La première grossesse a été régulière; l'accouchement à terme, spontané, facile. Enfant vivant. Depuis cinq ans, cette femme a été prise plusieurs fois par la malaria; sa santé n'est cependant pas altérée : elle est parfaite à son entrée à la clinique. L'examen général est négatif.

Le 3 mars, la femme était dans son septième mois de grossesse; le fœtus vivant, en présentation du sommet. Le doigt explorateur, dans la moitié postéro-supérieure du vagin, rencontrait des proéminences sensibles, les unes isolées, les autres réunies en groupe, qui se confondaient doucement avec le plan de la muqueuse, lisses, ni résistantes, ni dures, mais d'une consistance un peu plus grande que le reste de la muqueuse vaginale, qui offrait une apparence granuleuse, enfin légèrement douloureuses à la pression.

La portion vaginale du col présentait les mêmes altérations sur la lèvre postérieure et sur la lèvre antérieure. La portion vaginale du col et la paroi vaginale postérieure étant mises à découvert, il fut permis de constater que la coloration de ces proéminences n'était pas celle de la muqueuse vaginale. Tandis que celle-ci était d'une couleur violacée, ces productions se présentaient sous une couleur blanc sale, nacrée, et étaient comme encadrées par la muqueuse vaginale périphérique. En ayant saisi quelques-unes avec une pince, elles se crevèrent en produisant un bruit caractéristique analogue à celui d'une bulle de gaz.

Deux faits furent nettement constatés :

1o Le vagin, spécialement dans les deux tiers postéro-supérieurs médians et la portion vaginale du col, était le siège de petites productions kystiques.

2o Le contenu de ces productions était gazeux.

Ces lésions morbides furent décrites pour la première fois par Winckler avec exactitude dans un mémoire publié en 1871, sous le nom de *colpohyperplasie kystique*. Braun avait observé le premier cas de cette singulière maladie en 1861.

De l'étude des observations connues résultent les quelques caractères généraux suivants :

1o Le siège principal de la lésion est dans la paroi supérieure du vagin, sur l'une et l'autre part, mais plus fréquemment sur la postérieure; il n'est pas rare d'observer aussi quelques kystes sur la portion vaginale.

2o Ces kystes sont situés superficiellement; ils font saillie, ils sont séniles.

3o Le plus souvent, ils semblent ne pas contenir de liquide; quand ils crèvent, le gaz se dégage avec bruit.

4o On les rencontre presque exclusivement pendant la grossesse. Cependant, dans le cas de Rugi et celui de Lebedeff, la femme n'était pas enceinte. Dans le premier cas, il s'agissait d'une rétroversion utérine avec adhérences; dans le deuxième, d'un kyste carcinomateux de l'ovaire droit. On observe toujours un abondant catarrhe vaginal.

5o Leur nombre dépasse rarement deux. Les auteurs ont fait des recherches pour établir le siège de ces kystes, leur véritable nature, le processus morbide, pour savoir quel est le gaz qu'ils renferment et son origine. Vient-il de l'extérieur; est-ce une production endogène ?

Les opinions les plus diverses ont été soutenues.

Pour les uns, à l'ectasie des follicules glandulaires du vagin serait dû le développement des kystes; pour les autres, ces kystes seraient interstitiels. Le gaz qu'ils renferment serait dû à un processus endogène; ce serait pour Eppinger de l'air atmosphérique aspiré par le vagin, pénétré à travers de petites lacérations épithéliales dans les fissures dilatées du tissu conjonctif interstitiel et de préférence le long des vaisseaux.

Zweifel admet que les kystes renferment de la triméthylamine, qui est sécrétée par les follicules mêmes dont les orifices se sont fermés. A l'appui de cette hypothèse, il invoque la présence de la triméthylamine dans le vagin des femmes affectées desdits kystes et chez les femmes saines. Mais des objections ont été faites à cette opinion. La triméthylamine se dissout complètement dans l'eau; son point d'ébullition étant à 9o,3 à la température relativement élevée du corps, ses vapeurs auraient une tension très grande, à laquelle de minces parois épithéliales ne pourraient pas résister.

Les recherches de Klauser et de Welponer leur ont montré que le gaz renfermé dans les kystes est un mélange d'oxygène et d'azote, dont l'origine probable est l'air atmosphérique; que l'oxygène est dans une proportion inférieure de 4 0/0 à celle qui entre dans la composition de l'air, ce qui s'explique par l'absorption des tissus.

L'auteur s'est livré à son tour à plusieurs expériences. Il a tenté de recueillir le gaz renfermé dans les kystes pour en faire l'analyse chimique, mais a renoncé bientôt à ce moyen comme présentant de trop grandes difficultés et, par suite,

exrosant à des erreurs. Il a songé à employer la seringue de Pravaz; il a tenté enfin de faire l'excision des kystes, de les enlever. De cette façon, s'il n'a pas pu se rendre compte de la nature du gaz, il a cependant eu la facilité d'examiner les parois avec soin.

L'examen des préparations, après durcissement dans l'acide picrique, a montré que les kystes ne sont pas dus à la dilatation d'utricules glandulaires; qu'ils ne siègent pas dans la couche sous-épithéliale, mais sont situés dans le tissu conjonctif de la muqueuse.

Le point capital est la constatation de l'état de congestion des tissus. Cette congestion est toutefois peu intense, et l'auteur n'accepte pas qu'elle soit le facteur primitif provoquant les altérations successives pouvant donner naissance au développement de gaz dans les vacuoles formées par les extravasations sanguines. S'il en était ainsi, on devrait observer ces faits moins rarement, car la congestion vaginale pendant la grossesse est ordinaire.

Dans l'état actuel de la science, il est difficile de se prononcer sur l'origine du gaz renfermé dans ces kystes; mais tout porte à croire à son développement endogène (ANNALI DI OSTÉTRICIA, juin 1887).

MARIUS REY.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

DE LA PYOHÉMIE CONSÉCUTIVE A LA PNEUMONIE FRANCHE, Par M. VITAL PERLIS. — Paris, 1887.

Dans son magistral *Traité de la Pneumonie*, Grisolle avait cité quatre cas dans lesquels les symptômes de la pyohémie étaient venus compliquer la pneumonie franche. Trois des malades succombèrent avec une hépatisation grise; mais, dit modestement Grisolle « par suite d'un oubli vraiment impardonnable, j'ai négligé dans deux cas d'ouvrir les articulations qui étaient encore le siége de douleurs vives au moment de l'agonie. Chez le troisième sujet, le seul dont j'ai disséqué les jointures, j'ai vu que le poignet droit et le genou gauche, qui avaient été le siége de fortes douleurs pendant la vie et de gonflement, étaient remplis d'un pus phlegmoneux, inodore; les franges de la membrane synoviale étaient les seules parties de l'articulation qui fussent légèrement injectées.»

Griesinger, sur 72 cas de pneumonie (ARCHIV DER HEILKUNDE) a mentionné aussi la pyohémie comme suite de cette maladie. « Il est remarquable, dit-il, qu'on a vu quatre cas de pyohémie à la fin de la pneumonie (nombreux furoncles et abcès miliaires suppurés et de fortes élévations de la température); trois de ces cas sont survenus dans l'espace de quatorze jours: dans la première moitié de janvier 1856, deux cas de guérison, deux cas de mort. »

Ces huit faits ne font que mentionner cette terminaison rare de la pneumonie. Le premier cas bien décrit l'a été par Kuessner (BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1875); il fut suivi de guérison. Puis sont venus les deux faits communiqués par M. Jaccoud à l'Académie des sciences (24 mai 1886), et tous les deux terminés par la mort.

M. Vital Perlis, un Russe, ayant eu l'occasion d'observer deux cas analogues à l'hôpital de Leipzig (le premier suivi de mort; le deuxième, du service du professeur Wagner, s'étant terminé par la guérison), a pris pour sujet de sa thèse cette question de la *Pyohémie consécutive à la pneumonie franche*. De l'examen des 13 cas que nous venons d'indiquer, M. Perlis conclut que la pyohémie présente deux types: dans l'un, elle affecte surtout les organes internes; dans l'autre, les articulations. La pyohémie survient à la fin de la pneumonie, et quelquefois après que le malade a présenté d'un à huit et onze jours d'apyrexie, comme dans les observations de M. Jaccoud. Dans les antécédents des malades, un fait prédominant serait l'alcoolisme.

M. Perlis termine son travail par les lignes suivantes: « Le pronostic de cette complication de la pneumonie, quoique très grave, n'est pas toujours mortel: ainsi, de quatre malades de Griesinger, deux ont guéri; un de mes malades, et le malade de Kuessner ont guéri; aussi cela fait presque 40 pour 100 de guérisons. »

Ne trouvera-t-on pas que la statistique a de bien singulières audaces? Il s'agit de 13 cas (dont 9 ont été suivis de mort); et de suite on établit des proportions de guérison, non pas à tant sur 10, mais à tant pour 100. Pourquoi pas à tant pour mille? Car les proportions changent étrangement avec chaque auteur. Grisolle a une guérison de 25 pour 100, M. Griesinger en a 50 pour 100, M. Jaccoud reste à 0. Et Kuessner, qui n'en a observé qu'un cas, triomphe avec une superbe proportion de 100 pour 100 de guérisons.

Oh! les merveilles de la statistique!

Dr ALBERTUS.

DE L'ARTHROTOMIE. — Thèse d'agrégation, par M. le docteur JALAGUIER, chirurgien des hôpitaux. — Un volume in-8 de 258 pages. — Asselin et Houzeau, éditeurs. Paris, 1886.

Bien que n'étant pas, au sens du mot, une opération nouvelle, l'arthrotomie, en raison de ses applications tous les jours plus nombreuses, de la facilité avec laquelle on se décide à la pratiquer, des heureux résultats qu'elle procure, peut à bon droit être considérée comme une des plus importantes conquêtes de la chirurgie moderne. Méthode de choix dans le traitement des arthrites suppurées, elle reste discutée et discutable dans les épanchements non purulents des articulations, séreux ou hématiques, avec ou sans corps étrangers.

Fixer la valeur et l'opportunité plus ou moins grande de l'opération dans les cas ci-dessus déterminés, tel est le but que s'est particulièrement proposé l'auteur.

Dès 1856, Blot présentait trois observations d'arthrites suppurées traitées par des incisions et guéries sans ankyloses consécutives. La voix du chef de clinique de la Faculté de Paris demeura à cette époque à peu près sans écho. Il fallut attendre une vingtaine d'années pour voir Lister et Nunn, armés de l'antisepsie, pratiquer des arthrotomies, le premier pour une arthrite aiguë du poignet passant à la suppuration, le second pour un cas d'arthrite traumatique suppurée sans plaie. Tandis que le retentissement de ces opérations entraînait peu après Albert, Nusbaum, Thiersch et Volkmann, pour ne citer que quelques noms, à suivre la pratique des chirurgiens anglais, on restait chez nous en défiance, et les efforts de M. Championnière, bientôt secondés par ceux de MM. Guyon, Panas et Verneuil, durent venir démontrer que l'antisepsie légitimait entièrement de pareilles audaces. La confiance survint et la taille des articulations est aujourd'hui si bien entrée dans la pratique qu'il serait malaisé de dresser la liste des Français, des Anglais, des Allemands ou des Italiens qui ont

dans ces dernières années soit publié des observations, soit précité les règles de l'intervention chirurgicale, soit modifié les procédés opératoires en rapport avec les différentes variétés d'arthrites purulentes. Les arthrotomies pour suppurations articulaires sont devennes en fait si fréquentes que M. Jalaguier a pu recueillir 42 arthrites traumatiques, 11 suppurations articulaires consécutives à des inflammations des membres, 15 suppurations articulaires dans l'ostéomyélite, 8 arthrites puerpérales, 16 arthrites infectieuses spontanées des adultes, 10 arthrites suppurées idiopathiques des enfants l'ayant motivé; en tout 102 cas. On n'a à signaler que 9 morts, soit 8,22 0/0, 2 résections consécutives et 91 guérisons dont 53 avec rétablissement complet, 17 avec une certaine limitation des mouvements et 21 avec ankylose complète. L'étude attentive des résultats obtenus permet de conclure que les diverses affections ci-dessus ne sont pas égales devant la taille articulaire et que le succès est d'autant plus probable que l'intervention a été plus précoce.

Va-t-on ouvrir l'article pour remédier aux collections séreuses? Lisler le fit dés 1870 dans le but de prévenir la suppuration, et Jessop et Morgan suivirent l'exemple du chirurgien d'Edimbourg. Albert, Heinecke, entrèrent aussi dans une pareille voie; quant aux chirurgiens français, ils se tiennent encore dans une prudente réserve. En somme, les documents sont si clairsemés sur ce point de l'histoire et des indications de l'arthrotomie que M. Jalaguier n'a pu réunir que huit observations heureusement terminées.

Plus rares sont les arthrotomies pratiquées en vue d'évacuer le sang des grandes cavités articulaires.

Quant à l'hydarthrose rebelle, elle doit d'assez nombreux succès à l'opération, comme le démontrent 10 guérisons complètes et 4 guérisons incomplètes pour un seul décès. En tous cas, il paraît actuellement indiqué de n'intervenir que pour celles qui se sont absolument montrées réfractaires aux modes de traitement usuels, qui s'accompagnent d'un épaississement considérable et de productions végétantes de la synoviale, qui sont caractérisées par un relâchement très marqué de l'appareil ligamenteux et la présence d'une très grande quantité de liquide.

La taille articulaire, dans son acception la plus vraie, a de nos jours pris le pas sur les méthodes anciennement employées pour l'extraction des corps étrangers. Sur 105 opérés, l'auteur ne trouve qu'un seul mort. Si des 104 succès on élague trois cas où les renseignements donnés sur les résultats définitifs sont insuffisants, il reste 100 guérisons, donnant en bloc: d'une part, 89 guérisons sans complications opératoires, et de l'autre 12 guérisons, après accidents tels que phénomènes de rétention ou de suppuration.

Envisagées au point de vue du résultat définitif, ces 101 opérations se répartissent comme suit: le retour parfait de la fonction a été observé 55 fois, tandis qu'il a été constaté 9 raideurs et 3 ankyloses. Les 34 cas restants signalés comme guéris ne paraissent pas avoir présenté de complications operatoires.

Les tumeurs blanches, comme toutes les autres affections ci-dessus indiquées, ont également bénéficié de la taille articulaire. Doit-on, avec l'auteur, refuser le nom d'arthrotomie à une opération qui a surtout pour but un raclage, un gougéage, un évidement? Oui, si on ne le réserve qu'aux incisions pénétrant dans de véritables cavités séreuses. Les résultats obtenus dans 76 cas n'ont pas été très encourageants, puisqu'ils comportent 42 guérisons sans fistules, 9 avec fistules, 4 précédés de résections et 8 d'amputations, 6 récidives ou résultats inconnus, et 8 morts. La valeur de l'intervention, étudiée tant au point de vue de l'âge du sujet que de la gravité résultant de l'articulation atteinte, n'aboutit pas à des conclusions. Les résultats consignés n'ont d'autre prétention, dit l'auteur, que de constituer un document capable de servir à l'histoire, si incomplète encore, de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose articulaire.

Nous n'irons pas plus loin dans l'étude d'un aussi important sujet. Obligé de donner ici un résumé succinct qui ne fournit pas peut-être une idée assez exacte de l'importance du travail de M. Jalaguier, nous renvoyons au livre même tout lecteur désireux d'être entièrement édifié, tant sur les indications et contre-indications, que sur les procédés opératoires et les résultats définitifs; il aura encore en main les pièces justificatives sur lesquelles se base cet important document. Un index bibliographique fort complet l'aidera pour de nouvelles recherches.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

VENTE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE FEU M. LE PROFESSEUR J. BÉCLARD. — La vente des livres laissés par le regretté professeur de physiologie à la Faculté de Paris aura lieu du mercredi 7 au samedi 10 décembre 1887, à sept heures et demie du soir, rue des Bons-Enfants, 28, maison Sylvestre. Cette bibliothèque comprend un nombre remarquable d'ouvrages d'anatomie et de physiologie, plus d'un millier, qu'il serait difficile de trouver aujourd'hui réunis. Ce sont les matériaux employés par M. Béclard pour la rédaction des diverses éditions de son Traité de physiologie, on conservés par lui, pour une édition future. Chacun, selon la direction de ses études, est assuré d'y trouver plus d'un document utile.

La bibliothèque de M. J. Béclard renferme aussi un certain nombre d'ouvrages sur l'aliénation mentale et sur l'hygiène; nous n'avons pu, faute de temps, que cataloguer les plus importants. Il nous suffira de rappeler, pour expliquer la présence de ces ouvrages dans une collection aussi spéciale, que la veuve de M. Béclard père, l'éminent professeur d'anatomie de la Faculté, avait épousé un savant aliéniste, M. Ferrus. Celui-ci prit en affection le jeune Béclard, et il souhaitait ardemment que ce dernier pût le remplacer, tant dans sa clientèle privée que dans ses fonctions officielles. Aussi M. J. Béclard fut-il quelque temps interne de l'hospice de Charenton. De même, c'est à la sollicitude du professeur Adelon, un vieil ami de son père, que M. Béclard fut incité à s'occuper d'hygiène. Mais son goût naturel l'entraînait vers le côté positif et expérimental de la science médicale, et ce furent les leçons d'un autre ami de sa famille, de Blainville, qui lui firent choisir définitivement la physiologie. M. Béclard aimait à rappeler le commencement de ses diverses études et, par un sentiment de pieuse reconnaissance, il ne se dessaisit jamais des fonds de bibliothèque qui lui avaient été donnés par Ferrus et par Adelon.

La plupart des livres indiqués au présent catalogue sont des dons d'auteur, avec envois et signatures-autographes, soit à M. Béclard père, soit à M. Ferrus, soit à M. J. Béclard. Un certain nombre d'ouvrages ont fait partie de la bi-

bliothèque de Napoléon Ier et de celle de Corvisart. Le bel exemplaire des *Recherches sur les ossements fossiles* de Cuvier est bien celui de la bibliothèque de l'illustre naturaliste. Signalons encore : un manuscrit contenant la généalogie de la maison de Larochefoucauld, et provenant de la bibliothèque de M. de Boulainvilliers; la collection remarquable des *Documents originaux* publiés par la ville de Paris ; un magnifique exemplaire de l'ouvrage, devenu rare, de Pickering sur les *Races humaines*, etc.

Peu de temps avant sa mort, M. Béclard nous entretenait du désir de voir sa bibliothèque, disséminée çà et là dans le logement incommode qu'il occupait à la Faculté, transférée et mise en ordre dans le nouveau local mis à sa disposition. Nous étions d'accord sur le plan et l'arrangement de ses livres, et il attendait avec impatience, me disait-il, le moment où nous pourrions réaliser ce projet.

Aussi n'est-ce pas sans un sentiment de tristesse que j'ai dû corriger les épreuves de ce catalogue. Notre maître bienveillant avait acquis, par son travail et l'honorabilité de son caractère, les plus hautes positions scientifiques. Une compagne dévouée, douée de toutes les qualités du cœur et de l'esprit, vivait près de lui ; il embrassait chaque jour trois charmants enfants, et cependant nous trouvions parfois répandu sur sa physionomie, si douce et si bienveillante, comme un sentiment de discrète tristesse : « Je suis trop heureux..., peut-être qu'un danger me menace ! »

Dr A. DUREAU.

— LE PROFESSEUR BOTKIN. — M. Botkin, professeur de clinique médicale à l'Académie de Saint-Pétersbourg, visite en ce moment les principaux services des hôpitaux de Paris, accompagné de son fils, le docteur Serge Botkin.

Les travaux justement estimés de ce savant clinicien, le rôle si actif qu'il a joué dans l'organisation de l'enseignement national de la médecine en Russie, son patriotisme libéral et éclairé lui ont valu parmi ses concitoyens et dans l'Europe entière une célébrité faite toute de respect et de sympathie.

L'accueil qu'il a reçu dans les divers services hospitaliers qu'il honorait de sa visite a toujours été chaleureux, parfois enthousiaste. A la Salpêtrière, il a été acclamé, lorsque M. le professeur Charcot l'a présenté aux assistants.

— CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE. — Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine.

Ce Congrès est organisé par un comité composé de :

M. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, *président* ; le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, *vice-président* ; Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine, vétérinaire pratique ; Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Nocart, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire général de la Société de médecine, vétérinaire pratique ; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, *membres du Comité* ; L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, *secrétaire général*.

Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies, mais ayant également trait à la tuberculose.

Un jour sera destiné à des démonstrations anatomiques faites dans le laboratoire de M. Cornil, professeur d'anatomie à la Faculté.

Une autre journée sera consacrée à des examens et des autopsies d'animaux tuberculeux à l'Ecole d'Alfort.

Tous les médecins et vétérinaires français et étrangers pourront, en s'inscrivant en temps utile et en payant une cotisation de 10 fr., devenir membres du Congrès et prendre part à ses travaux.

La cotisation donne droit au volume des *Comptes rendus du Congrès*.

Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français.

Des détails plus complets sur les statuts et le règlement du Congrès seront publiés ultérieurement.

Questions proposées par le Comité d'organisation.

I. — Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.

II. — Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.

III. — Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie, Mesures prophylactiques.

IV. — Du diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales.

Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement.

Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé.

Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces animales.

Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch, des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasites animaux ou à des corps étrangers.

Des lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes.

Mode de formation des cellules géantes et des îlots tuberculeux.

Évolution des tuberculoses locales.

Des agents destructeurs des bacilles de Koch.

Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.

Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

Adresser les cotisations à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et tout ce qui concerne les communications relatives au Congrès, à M. le docteur Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

— CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil municipal de Paris vient de présenter en vue du remplacement de M. Robinet, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, une liste de candidats composée de MM. les docteurs Chautemps, Levraud et Deschamps.

CONSEIL MUNICIPAL. — Dans sa séance de mercredi dernier, le Conseil municipal de Paris a décidé que la subvention de 12,000 francs, annuellement accordée à la station physiologique dirigée par M. Marey, sera inscrite au budget de 1888.

A propos des secours à domicile et spécialement du service des accouchements, il a adopté l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil, considérant que le règlement d'administration publique concernant les secours à domicile, enlève au Conseil municipal tout contrôle et tout moyen d'action sur les commissions

administratives, proteste contre ce règlement, invite M. le directeur de l'Assistance publique à exiger l'application immédiate de la délibération du 30 juillet 1887, concernant le service des accouchements à domicile, et passe à l'ordre du jour. »

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours*. — M. le professeur Laboulbène a commencé son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur exposera la biographie de W. Harvey et résumera l'histoire de la circulation du sang.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Noblot est chargé des fonctions de préparateur de physiologie, en remplacement de M. Chaleix, démissionnaire

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Quint est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Traille, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Porteret est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

M. Curtillet est nommé préparateur des travaux chimiques du même laboratoire, en remplacement de M. Lecordonnier, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Bimar, agrégé, est maintenu dans ses fonctions pour l'année scolaire 1887-1888.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés : directeur du laboratoire des cliniques : M. Guérin, agrégé ; — chef des travaux chimiques : M. Thorion ; — préparateur de chimie : M. Fistié ; — chef des travaux de physique : M. Bagnéris ; — chef des travaux d'hygiène : M. le docteur Vallois ; — chef des travaux du laboratoire de thérapeutique : M. le docteur Ganzinotti.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. Mermeret (Mary) est chargé des fonctions de préparateur de physique pendant la durée du congé accordé à M. Bourget.

M. Mosnier est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Truchot, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. Reboul, professeur de chimie, est nommé doyen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. Jardin est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Londes, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. Colleu est chargé des fonctions de préparateur de zoologie pendant la durée du congé accordé à M. Bézier.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Merz, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. le docteur Bouton est nstitué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

HÔPITAUX DE NANTES. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Miraillié, Neveu, Chaillous, Gendron, Guépin, Bichon et Morin.

Internes provisoires. — MM. du Bouays du Couësbouc, Sureau et Jouon.

Externes. — MM. Sourdille, Leray, Redureau, Chevalier, Neveu-Dérotrie, Briton, Jeulin, Tulasne, Bellouard, Gourand, Perrault, Briancean, Renoul et Brindean.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — 1re année : 1er prix, M. Allaire ; 2e prix, M. Brindeau ; accessits, MM. Bellouard, Briton et Renoul. — 2e année : prix, M. Guépin. — 3e année : 1er prix, M. Jeulin ; 2e prix, M. Dauly ; 3e prix, M. Voyer. — 4e année : prix, M. Valentin.

Prix de clinique : 1er prix, M. Monnier ; 2e prix, M. Cheneau ; 3e prix, M. Guibert. — Prix d'examen : M. Dauly.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Cassan, médecin-major de 2e classe au 11e régiment de cuirassiers, a été désigné pour le 123e d'infanterie, par permutation avec M. Achintre (Auguste-Charles).

M. Emery-Desbrousses, médecin principal de 1re classe, médecin-chef de la place et de l'hôpital militaire de Lille, a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Lafille, médecin aide-major de 1re classe au 43e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 1er corps d'armée, a été affecté aux hôpitaux militaires de la division du Tonkin et de l'Annam.

M. Joire, médecin aide-major de 1re classe au 33e d'artillerie, a été désigné pour le 43e d'infanterie.

M. Kocher, médecin au 9e cuirassiers, a été désigné pour l'hôpital militaire d'Ajaccio.

— M. Réland a été promu au grade de pharmacien de 2e classe dans le corps de santé de la marine.

M. Barriat a été nommé au grade de médecin de 2e classe dans le corps de santé de la marine.

— Le Concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. Demoulin.

— Le docteur H. Picard a commencé son cours sur les maladies de l'appareil urinaire le lundi 14 novembre, à six heures, amphithéâtre no 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— Le docteur Duchastelet a commencé son cours sur les Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire, à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, le mardi 22 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

*
* *

AVIS. — L'administration de l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* du docteur Félix Roubaud et de l'*Almanach général de médecine et pharmacie de l'Union médicale* réunis, 21, rue de la Monnaie, Paris, prie nos confrères de Paris de vouloir retourner le *plus tôt possible* (l'ouvrage étant sous presse), le bulletin qui leur a été adressé dernièrement, pour éviter de leur part toute réclamation, soit pour erreur d'adresse ou de radiation, etc., etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

M. Roulland Quelques faits de paralysie des nouveau-nés. — M. Guertin. De la pellagre symptomatique. — M. Maschat. Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes de la tuberculose — M. Danjou. Contribution à l'étude clinique des ostéo-arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire. — M. Lenhard. L'oreille moyenne du nouveau-né.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1886-1887.

81. M. Boullangier. Traitement par la trépanation hâtive des abcès intra-mastoïdiens. — 82. M. Angier. Contribution à l'étude des abcès pernicieux algides. — 83. M. Rousseau. De la fièvre bilieuse hématurique au fort de Bammako (1885-1886). — 84. M. Béne. Etude sur trois cas d'empoisonnement par le phosphore, traités par l'essence de térébenthine. — 85. M. Martenot. Considérations sur le traitement de l'hydrocèle.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 13 au samedi 19 novembre 1887

Fièvre typhoïde 16.—Variole 7.— Rougeole 14.— Scarlatine 6. — Coqueluche 0.— Dipthérie, croup, 27. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 158.— Autres tuberculoses 28. — Tumeurs : Cancéreuses 51. — Autres 4. — Méningite 28. — Congestion et hémorr. cérébr. 49. — Paralysie 7. — Ramollissement cérébral 11.—Maladies organiques du cœur 57.—Bronchite aiguë 11. — Bronchite chronique 31. — Broncho-pneumonie 19.— Pneumonie 57. — Gastro-entérite : Sein 17. — Biberon 30. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale 30. — Sénilité 29. — Suicides 10. — Autres morts violentes 7. — Autres causes de mort 191. — Causes inconnues 4. — Total de la semaine: 910 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Bibliothèque scientifique contemporaine.

La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par les docteurs F. Bourru et P. Burot, professeurs à l'Ecole de médecine de Rochefort. Un volume in-16 de 311 pages, avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue physiologique, par Alexandre Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. Un volume in-16 de 312 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traitement des raideurs articulaires fausses, ankyloses, au moyen de la rectification forcée et du massage, par le docteur G. Norstrom. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs A. Filleau et Léon Petit. Première année, premier fascicule. In-8o de 55 pages.—Prix : 2 fr.—Deuxième année, deuxième fascicule. In-8o de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, tome V, ou Régime alimentaire, Traitement hygiénique des malades. Un vol. in-8 avec 8 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ransé.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

PYOSALPINGITE DOUBLE AVEC OVARITE SUPPURÉE GAUCHE. — SALPINGO-OOPHORECTOMIE DOUBLE SANS DRAINAGE CONSÉCUTIF. — GUÉRISON, par le docteur S. POZZI, professeur-agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal (1).

OBSERVATION (recueillie par M. Lamothe, interne du service).— Mathilde Bav..., âgée de 21 ans, profession de confiseuse. Entrée le 5 juillet 1887, salle A, hôpital Pascal (annexe de Lourcine), lit nº 16.

Antécédents. — Mère morte de tuberculose pulmonaire; père vivant et bien portant. Une sœur vivante et tuberculeuse.

Réglée à l'âge de 15 ans. Toujours bien réglée jusqu'à sa grossesse.

Un enfant, actuellement âgé de 1 an. Accouchement laborieux, en présentation du siège.

Au mois de juillet 1886, un mois après son accouchement, la malade entre dans le service de M. Gallard, se plaignant de douleurs dans le ventre. Elle reste quatre mois à l'Hôtel-Dieu et en sort *guérie* (?) Nous ne savons rien du diagnostic fait à cette époque par M. Gallard.

Au mois de février 1887, la malade est reprise de nouveau de douleurs dans le ventre, douleurs plus aiguës que la première fois, et qui s'irradient dans les reins et dans les cuisses. Ces douleurs se présentent sous forme d'élancements. Elles apparaissent au moindre mouvement et empêchent absolument la malade de marcher.

Deux mois plus tard, il se produit une amélioration dans l'état de la malade, et ce serait vers cette époque qu'elle contracta une blennorrhagie, à la suite de laquelle tous les symptômes s'aggravèrent.

La malade n'a presque plus quitté le lit depuis cette époque. Ses règles sont très irrégulières; elle a des hemorrhagies tous les quinze jours, qui durent pendant quatre et cinq jours.

Elle entre dans le service de M. Pozzi, le 2 juillet 1887.

L'état général est bon, bien que la malade se dise amaigrie; le ventre n'est pas augmenté de volume.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus immobilisé entre deux tumeurs et dévié à droite. Les culs-de-sac latéraux sont effacés. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on constate l'existence d'une tumeur assez volumineuse, allongée, irrégulière, qui repousse l'utérus à droite. Dans le cul-de-sac droit, on trouve une seconde tumeur bien moins volumineuse que la première, également allongée et irrégulière. Le col n'est pas très augmenté de volume; il est un peu mou et les lèvres sont le siège d'un ectropion assez prononcé.

L'utérus mesure 7 centimètres à l'hystéromètre. Le toucher rectal permet de constater qu'il n'y a rien en arrière de l'utérus; on sent le fond de l'organe en rétroversion.

M. Pozzi, en présence de ces symptômes, fait le diagnostic de salpingite double probablement suppurée et propose l'opération.

Elle est faite le 9 juillet 1887.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche; ouverture du péritoine.

On trouve dans le petit bassin, du côté gauche, la trompe dilatée, soudée à l'ovaire par des fausses membranes. Du côté droit, les lésions sont moins avancées (voir plus loin l'examen des pièces anatomiques).

Les tumeurs sont enlevées après avoir pédiculisé leur base par des points de suture à la soie. Le fil de soie est passé avec une aiguille courbe mousse.

Les deux feuillets du ligament large sont ensuite réunis par un surjet en catgut avec une grosse aiguille courbe pointue.

La suture de la paroi abdominale est faite de la façon suivante : deux surjets de sutures avec du catgut réunissent d'abord le péritoine, puis les aponévroses. Les muscles et la peau sont suturés avec des fils de soie formant une série de sutures profondes à points séparés, puis on place quelques points très superficiels de fin catgut pour achever le parfait affrontement de la peau.

Les trois premiers jours qui suivirent l'opération, la malade eut une température assez élevée.

La température baissa le quatrième jour. Puis le septième jour il y eut de nouveau une élévation de température, et le lendemain on dut ouvrir un très petit abcès de la paroi abdominale qui avait pris naissance entre la peau et le plan moyen des sutures.

La température tomba immédiatement, et le quinzième jour la plaie était complètement cicatrisée.

La malade est opérée maintenant depuis quatre mois et demi; l'utérus est mobile, un peu remonté; les culs-de-sac sont libres. La palpation, combinée avec le toucher, montre une parfaite souplesse de la région péri-utérine.

La guérison peut donc être considérée comme complète.

Les pièces anatomiques ont été immédiatement confiées à M. le docteur Villar qui m'a remis à leur sujet la note suivante :

1º Du côté gauche, la trompe présente une coloration d'un rouge intense et une augmentation de volume portant principalement sur le tiers interne de l'organe. En effet, si l'on compare le volume des deux tiers externes à celui du médius d'un adulte, celui du tiers interne peut être comparé au volume d'une noix.

La surface de la trompe est sinueuse et irrégulière.

En pratiquant une incision sur la trompe, on la trouve remplie d'un pus liquide.

Il existe aussi un petit foyer purulent dans l'ovaire

(1) Communication faite à la Société de chirurgie.

La trompe du côté droit est également rouge, épaissie, et augmentée de volume; mais cette augmentation est ici plus uniforme; l'organe peut être comparé à un boudin. Cependant il faut ajouter que la surface de la trompe n'est pas lisse; elle est au contraire très accidentée et rappelle par places l'aspect des circonvolutions cérébrales.

2° A la coupe, pas de pus; mais, au niveau de la portion qui correspond à l'orifice utérin, on constate une infiltration purulente dans l'épaisseur des parois.

Sur l'ovaire correspondant, on trouve un tout petit kyste.

L'examen histologique a été pratiqué dans le laboratoire de M. Cornil.

« La couche musculaire des trompes est considérablement épaissie; des fibres sont dissociées par des infiltrations de cellules lymphatiques qui ne dépassent pas la portion périphérique.

Les villosités de la muqueuse tubaire, très épaissies, sont également infiltrées de cellules lymphatiques.

L'épithélium de revêtement est détruit dans une grande étendue.

Enfin, on trouve des amas considérables de cellules lymphatiques dégénérées et atrophiées, et dans l'intérieur de ces amas on distingue des lambeaux de l'épithélium du revêtement considérablement altéré.

Ces lésions sont à peu près identiques des deux côtés.

Pas de follicules tuberculeux.

Pas de gonococci.

Sur l'ovaire du côté gauche, on a également trouvé de l'infiltration embryonnaire.

Il s'agit donc d'une double salpingite purulente chronique avec ovarite purulente du côté gauche. »

M. Pozzi fait suivre la lecture de cette observation de quelques remarques relatives à des modifications qu'il a fait subir à la technique opératoire généralement adoptée par ses collègues.

A. *Suppression des éponges.* — On sait combien il est difficile et coûteux d'avoir des éponges absolument aseptiques, la longueur et le nombre des préparations qu'elles demandent et que M. Terrier a récemment exposées devant la Société de chirurgie. Encore arrive-t-il souvent, même en s'adressant aux meilleurs préparateurs, de rencontrer des éponges dures, peu absorbantes et peu maniables.

M. Pozzi n'emploie plus que des compresses de gaze pliées en plusieurs doubles et bien ourlées. Ces petits matelas sont rendus antiseptiques en les faisant bouillir, durant une heure, dans la solution phéniquée à 50 p. 1000. On les conserve ensuite dans une nouvelle solution au même titre jusqu'au moment de les employer. Elles sont alors lavées à l'eau bouillie pour les débarrasser de l'excès irritant d'acide phénique. La même compresse peut servir plusieurs fois au cours de la même opération, à condition qu'elle n'ait été souillée par aucune matière septique. Leur prix de revient, excessivement médiocre, permet du reste d'en faire, sans inconvénient, une grande consommation et de les détruire après chaque opération.

B. *Suture distincte et perdue des plans profonds.* — On n'a qu'à consulter les séries d'observations les plus récemment publiées pour voir combien sont fréquents les écartements de la ligne blanche et les éventrations consécutives à la suite des laparotomies. M. Pozzi pense que cela tient au mode de suture généralement adopté, qui consiste à ne faire que deux plans de suture, dont l'un comprend à la fois toute l'épaisseur des parois, à partir du péritoine jusqu'à la peau; l'autre, très secondaire et complémentaire, se bornant à quelques points superficiels destinés à la coaptation parfaite du tégument. On emploie généralement le fil d'argent fort pour le plan profond (on pour mieux dire *total*), et on le passe à l'aide de longues aiguilles tubulées.

Il y a longtemps que Kœberlé, et après lui nombre d'autres chirurgiens, se sont préoccupés de la réunion isolée du péritoine et des plans aponévrotiques; mais leur exemple n'a pas été généralement suivi dans nos hôpitaux.

Voici comment M. Pozzi procède: il prend un très long fil de catgut, enfilé à une forte aiguille courbe, et piquant uniquement le péritoine, suture ses deux feuillets à l'extrémité inférieure de la plaie, en y nouant un *point séparé* unique; mais, au lieu de couper ensuite le fil, il s'en sert pour continuer à suturer le péritoine seul par un surjet ascendant, jusqu'à l'extrémité supérieure de la plaie. A ce niveau, il porte le surjet du haut en bas, et réunit cette fois isolément le feuillet aponévrotique. Arrivé à la partie inférieure de la plaie, il y retrouve l'extrémité libre du *point séparé* fait au début, et noue à ce niveau le bout de son fil.

Cette manœuvre se fait très rapidement pour peu qu'on en ait l'habitude; la suture continue en surjet est en effet de tous les modes de réunion le plus expéditif.

Restent à réunir les muscles et le tégument.

Pour les suturer en masse, M. Pozzi repousse complètement l'usage de l'aiguille tubulée, vu la grande difficulté qu'offre son nettoyage et le peu de garanties qu'elle présente au point de vue de l'antisepsie.

Il passe ses fils profonds avec de très grosses aiguilles courbes, enfilées à la manière ordinaire, et, vu la grosseur du fil d'argent, qui serait alors nécessaire et dont l'anse rigide, pliée dans le chas de l'aiguille, traverse difficilement les tissus, il emploie, au lieu de fil métallique, de la soie plate tressée, très forte, sous un petit diamètre. Elle est rendue aseptique par l'ébullition dans la solution phéniquée forte, le soir même ou la veille de l'opération. (Plus tard, elle devient cassante.)

Les sutures, comprenant à la fois les muscles et la peau, sont faites à points séparés et complétées par quelques sutures superficielles du tégument.

Il est très important d'employer du catgut dont on soit parfaitement sûr. M. Pozzi a pris, par suite, le parti de le préparer lui-même; il le laisse immergé pendant au moins quatre jours dans l'essence de bois de genévrier (*oleum ligni juniperi*), puis le conserve dans l'alcool rectifié; au moment de l'opération on le place durant quelques minutes dans la solution aqueuse de sublimé au millième.

Le petit abcès signalé dans la précédente observation était tout-à-fait insignifiant, et aurait pu sans doute être évité par une protection plus exacte de la plaie durant l'opération. Dans de nombreuses laparotomies subséquentes, le même mode de suture a été employé et la réunion parfaite s'est produite sans encombre.

Les cicatrisations ainsi obtenues offrent une régularité beaucoup plus parfaite et une résistance immédiate incomparablement plus grande que celles obtenues par le procédé ordinaire. Cette résistance sera-t-elle durable? Il paraît logique de l'espérer.

CHIRURGIE

De la thoracoplastie, par M. le docteur Charles Amat, médecin-major.

Connaît-on la raison des terminaisons diverses de la pleurésie purulente ? Sait-on pourquoi, une fois le pus éliminé, la cavité pleurale se referme dans certains cas et persiste dans d'autres ? On a tour à tour incriminé la cause de l'affection, la nature de l'épanchement, le traitement employé et jusqu'à cette abstraction, le facteur individuel, à réaction inflammatoire essentiellement variable. De l'épaississement considérable de la plèvre et de sa puissance rétractile, on s'est plu à tirer tous les pronostics : favorables, lorsqu'on n'avait en vue que l'action exercée sur la paroi thoracique ; défavorables, lorsqu'on entrevoyait l'obstacle qu'il apportait à la dilatation du poumon. Et l'on croyait ainsi tenir la raison de la persistance d'un empyème, comme si l'organe respiratoire devait rester indemne de toute altération.

Or, il était parfaitement établi que le retrait du poumon n'est pas dû à une simple compression mécanique. Brouardel et Charcot ont particulièrement attiré l'attention sur le processus inflammatoire qui de proche ne tarde pas à l'envahir, sur la condensation de son tissu cellulaire, sur sa rétraction aboutissant en grande partie à l'imperméabilité. Et cette pneumonie pleurogène aggrave le pronostic, puisque d'une part la dilatation n'est plus à espérer et que de l'autre l'abaissement des côtes et partant la diminution de l'amplitude du thorax ne peut s'exercer au delà de certaines limites.

Il reste indiqué d'utiliser les propriétés rétractiles de la plèvre pariétale. Pour lui permettre d'aller s'accoler au feuillet viscéral, il deviendra nécessaire de supprimer par des résections de côtes la résistance opposée à l'affaissement de la paroi.

Cette opération ou thoracoplastie fut pratiquée dès 1877 par Estlander (1). Si Roser et Simon (2) en avaient déjà conçu le plan, si Gayet (3) et Létiévant, de Lyon (4), de Cérenville, de Lausanne (5), avaient, avant cette époque, entrevu ou même retiré tout ou partie des bénéfices que l'on peut obtenir en l'espèce d'une mobilisation de la paroi thoracique, le professeur d'Helsingfors a été seul à bien établir qu'il fallait réséquer un nombre de côtes correspondant à la hauteur de l'empyème ; que l'étendue des fragments enlevés devait répondre de la largeur du foyer purulent sous-jacent ; que la résection devait se faire par la méthode sous-périostée en respectant la plèvre pariétale et les muscles intercostaux de manière à ne pas blesser les vaisseaux.

Inaugurée en France d'après ces données en 1881 par M. Weiss, de Nancy (1), la thoracoplastie fut introduite à Paris par M. Bouilly en septembre 1882. Vulgarisée en 1884 par les discussions de la Société de chirurgie (2), elle fait partie à l'heure qu'il est du domaine de la chirurgie journalière.

I

La disparition du pus est la condition essentielle et primordiale de la guérison de toute pleurésie purulente. Comme l'on ne peut et comme l'on ne doit pas du reste, en raison de son excessive rareté, compter ici sur la résorption pure et simple de l'exsudat, il faut s'attendre à la voir se faire jour à l'extérieur soit par la brèche artificielle de la pleurotomie, soit par une ouverture spontanée. En général, ces orifices occupent des situations différentes, et tandis que le premier, conduisant directement dans la cavité pleurale, siège plus particulièrement le long de la ligne axillaire au niveau des 7e, 8e ou 9e espaces intercostaux, les seconds, quoique pouvant intéresser les bronches ou fuser vers l'abdomen, montrent une prédilection marquée pour la région antéro-supérieure. C'est en effet dans le deuxième espace intercostal chez les enfants et dans le cinquième chez les adultes qu'aboutissent les trajets plus ou moins sinueux mettant la collection purulente en communication avec l'air extérieur. La raison en tiendrait, d'après John Marshal (3), au peu de protection exercée à ce niveau par les muscles sous-jacents ; les portions les plus faibles du grand pectoral et de l'oblique, le fascia superficialis et la peau représentant à peu près tout ce qui recouvre ici le sac pleural, sans oublier encore que ce point correspond à la partie moyenne de la cavité distendue.

Dès que le pus s'est fait jour au dehors, deux cas peuvent se présenter, ou bien les deux feuillets séreux s'adosseront avec oblitération consécutive de la fistule, ou bien cette dernière s'éternisera, révélant la persistance d'une cavité suppurante. L'examen clinique d'un malade dans cette situation présente d'assez nombreuses difficultés, et cependant il faut apporter tout son soin à rassembler les éléments d'un problème dont la solution immédiate va être l'abstention ou l'intervention armée.

Que faut-il faire tout d'abord ? S'assurer qu'il existe une cavité en suppuration communiquant avec la fistule, en déterminer l'étendue, la situation et la forme (4).

Ces constatations, fort difficiles, sinon impossibles, lorsqu'il s'agit d'une communication pleuro-bronchique, deviennent plus aisées lorsque l'orifice siège à la paroi du thorax. Dans ce dernier cas, et souvent après dilatation préalable du trajet, un stylet pénétrant dans l'intérieur de la poitrine et s'y jouant

(1) Finska. Lakaresallskapets Handlingar, 1877, band XIX, in-4o, p. 275, et Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, t. III, p. 157 et 885.

(2) *Zur radical operation des Empyems*. Berlin Klin. Wochenschrift, 1879, no 19, p. 262.

(3) Bulletin de la Société de chirurgie, t. X, novembre 1884, p. 712.

(4) Bulletin de la Société de chirurgie, 1875, p. 605.

(5) *Résection des côtes dans le traitement des excavations et des fistules consécutives à la pleurésie purulente* in Rev. méd. Suisse romande, 1886, nos 6, 7, 8.

(1) *Mélanges de clinique chirurgicale. — De la résection des côtes dans l'empyème chronique*, 1883.

(2) Bulletin de la Société de chirurgie, 1884, t. X, p. 265, 334, 679, 697, 703, 712, — janvier 1885, p. 960, — passim, 1886 et 1887.

(3) *Braithwaite's Retrospect of medecine*, vol. LXXXV, 1882, p. 94.

(4) Robert. *Dict. de méd. et de chir. prat.* (suppl. opérations d'Estlander). — Mouton. *Du traitement de l'empyème chronique par des résections de côtes* (procédé d'Estlander). Th Paris, 1883. — Homen. *Die methode des prof. Esllander durch Rippenresectionen chronische Fælle von Empyem zu behandeln* in Arch. für Klinische Chirurgie Berlin, 1881, p. 151. — Tabard. *Historique de la resection des côtes et de ses indications*. Th. Paris, 1883. — Bricnicke (A.) *Kostotomie som regulaer operation ved Empyemet* (Hosp. lid. Copenhague, 11/18 nov. 1885).

plus ou moins librement en avant, en arrière, à droite et à gauche, démontrera l'existence d'une excavation. Parfois on pourra même, armé d'une sonde flexible, d'un Béniqué, par exemple, dont on modifiera la courbure, atteindre les limites de la cavité et en tracer le diagramme, grâce aux sensations transmises aux doigts par l'extrémité du corps explorateur. Enfin, l'injection de liquides, eau ou lait, permettront dans une certaine mesure d'en effectuer le jaugeage. Il importe toutefois de savoir que ce moyen, moins instructif que les précédents, a encore le désavantage de déterminer des accès de toux avec accidents convulsifs dans le cas où coexiste une fistule bronchique (1).

L'auscultation et la percussion deviendront ensuite d'un indispensable secours pour apprécier l'état du poumon, pour savoir dans quelle mesure il fonctionne et jusqu'à quel point les adhérences contractées sont compatibles avec un développement ultérieur.

Inutile de parler ici des cas rares où le pneumothorax est si étendu que l'organe respiratoire, complètement revenu sur lui-même, est imperméable à l'air. Restent ceux où la persistance et la localisation du murmure vésiculaire mettent hors de doute l'existence de brides cicatricielles. Les signes stéthoscopiques sont alors tellement différents du pneumothorax généralisé que l'on conclut avec raison à l'existence d'une cavité plus ou moins réduite, d'une véritable nappe d'air entre les deux plèvres. Et, par la sonorité particulière pleine et cavitaire, la percussion confirme ce diagnostic. La résonnance exagérée, la voix creuse légèrement égophonique, le renforcement des vibrations vocales, sont encore caractéristiques, tandis qu'au niveau des adhérences les symptômes sont plus atténués; la voix est moins creuse, le bruit vésiculaire plus éloigné, le son donné à la percussion plus court. En un mot, le pneumothorax sera général si les signes connus en sont d'une absolue netteté, tandis qu'il faudra compter, dans le cas contraire, sur des adhérences partielles.

Reste à déterminer le pronostic à rechercher les facteurs de probabilité d'une persistance de la cavité suppurante ou d'une tendance à la guérison. Il y a beaucoup à espérer lorsque la respiration se réveille dans un poumon qui ne donnait plus que de faibles signes de vie, lorsque les signes stéthoscopiques démontrent avec l'extension du murmure vésiculaire la diminution de l'excavation. Il y a même à surseoir à toute intervention armée jusqu'à complet arrêt des efforts naturels, d'autant qu'il faut largement escompter l'influence salutaire exercée par le rétrécissement thoracique. L'atrophie habituelle des muscles de la région (2) oppose chez les pleurétiques peu de résistance à l'attraction exercée sur la paroi que caractérise le rapprochement des côtes, la déviation du sternum et un certain degré de scoliose.

Le rétrécissement peut être général ou local. Dans le premier cas, il est consécutif à un épanchement de grande dimension; dans le second, il est limité, surtout à la partie antérieure, à la portion correspondant à la poche suppurante.

En résumé, avant de se décider à pratiquer la thoracoplastie, il sera essentiel de s'assurer de l'existence d'une excavation, d'en connaître, dans la mesure du possible, l'étendue, la situation et la forme; d'être fixé sur la vitalité du poumon, sur sa tendance au développement, à l'imprégnation aérienne; d'avoir enfin la preuve, par le rétrécissement thoracique déjà obtenu, de l'effort fait par les adhérences pour amener l'adossement des deux plèvres.

Inutile d'ajouter qu'on devra être édifié sur l'état général du sujet en observation.

II

Le siège de l'orifice fistuleux et de la cavité à combler commandent avant tout la région de la paroi thoracique qu'il s'agit d'attaquer par la résection. C'est généralement dans une zone comprise entre les lignes axillaires ou légèrement post-axillaires et mamillaires que la plèvre reste ouverte; c'est là que l'action opératoire produira le maximum d'effet utile. La pratique sera d'autant plus aisée, que sur un espace limité par le grand pectoral en avant et le grand dorsal en arrière, les côtes ne sont recouvertes que par la peau et les digitations du grand dentelé et qu'il n'y a pas à craindre d'hémorrhagies.

Si la partie latérale du thorax est la région d'élection, il peut être indiqué d'intervenir au niveau de la région antérieure et même de la région postérieure. Mais ces circonstances influeront d'une façon fâcheuse sur le pronostic. Dans le premier cas, on devra peu compter sur la rétraction consécutive en raison de la brièveté de l'espace dans lequel on doit opérer; dans le second, s'ajouteront des difficultés inhérentes à l'épaisseur des muscles et des côtes, celles-ci épaisses, massives, de forme prismatique, se laissant difficilement entamer.

L'étendue de la résection à pratiquer ne peut être qu'approximativement prévue. Et plutôt que de chercher avec certains auteurs ce juste milieu, toujours si difficile à saisir, comme nous en avons fait l'épreuve, en évitant « aussi bien une résection trop timide qui risquerait d'être insuffisante, qu'une résection plus étendue que ne le comporterait les besoins » (1), il faut agir largement, l'expérience ayant démontré qu'il vaut mieux pécher par exces que par défaut. On sait du reste combien la résection sous-périostée est rapide, raison de plus pour ne pas se mettre dans le cas d'avoir recours à une nouvelle intervention, présentant pour le moins les mêmes difficultés que la première et souvent plus dangereuse, par le fait d'une tuberculose ou d'une dégénérescence amyloïde ayant pu survenir chez des malades déjà épuisés par une longue suppuration.

Avec une cavité de dimension moyenne, à configuration aplatie, ne dépassant pas 2 à 3 centimètres en profondeur, la résection devra rester inférieure à la plus grande surface, mais orientée, en raison du plus grand diamètre, que celui-ci soit transversal, perpendiculaire ou oblique. Elle sera d'autant plus large que le côté correspondant du thorax aura déjà atteint son maximum de rétraction. Avec une cavité profonde, la résection dépassera les limites de la surface, afin de faciliter la formation d'un pli pleural, véritable promontoire faisant saillie à l'intérieur et devant contracter adhérence avec la paroi de la poche. Le nombre des côtes à réséquer est variable; on peut aller jusqu'à en intéresser 8 ou 9 dans une étendue de 2 à 10 et 14 centimètres. Bien que toutes et même la clavicule aient pu être attaquées par l'instrument tranchant, il est recommandé de ménager les deux premières, en raison de leurs connexions et de leur rôle mécanique; les deux dernières, flottantes, doivent aussi être épargnées; leur ré-

(1) De Cérenville. *Loco citato.*

(2) Desplats. Société médicale des hôpitaux de Paris, 10 avril 1885

(1) De Cérenville. *Loco citato.*

section serait d'un effet nul pour le but à atteindre. Une contravention à ces règles ne saurait être motivée que par une indication toute spéciale tirée du siége de la fistule.

La thoracoplastie une fois décidée, on se trouvera bien de laver préalablement la cavité suppurante en y pratiquant des injections forcées avec une solution de chlorure de zinc à 5 pour 100. Pour ce qui est de l'anesthésie, M. de Cérenville donne le sage conseil de faire précéder l'inhalation chloroformique d'une injection de morphine. Par son action élective et régulatrice sur les fonctions du bulbe, l'alcaloïde jouerait un rôle important en prévenant des syncopes auxquelles demeure tout particulièrement exposé un sujet dont le champ d'hématose est réduit, dont le cœur peut être déplacé.

Après avoir pris toutes les précautions exigées par la méthode antiseptique : poitrine rasée s'il y a lieu et nettoyée à l'eau phéniquée, les mains des aides et de l'opérateur trempées dans une solution désinfectante, le malade étant dans la résolution complète, on incise les parties molles. La direction donnée à la solution de continuité est essentiellement variable, linéaire, unique ou multiple, cruciale, en T renversé ou en H couché, courbe... On doit s'attacher autant qu'on le peut à ce que les lambeaux soient ramenés par leur propre poids sur les surfaces à couvrir. En raison de certains accidents que nous avons eus nous-même(1), nous recommanderons de comprendre sur les bords de la section les anciennes cicatrices de fistules plutôt que de les laisser à la surface du lambeau, où en raison de leur moindre vitalité elles peuvent être un danger de sphacèle.

Ici, comme en toute circonstance, on doit veiller à assurer la vie du lambeau ; pour ce motif, chacune des incisions précédentes peut avoir ses indications. Nous ne parlerons des sections linéaires uniques ou multiples longeant une côte ou un espace intercostal que pour les repousser : on mâchonne la peau et on a peu de jour pour agir. L'incision en U, de Bouilly, ne peut convenir aux cas où, pour une cavité étendue, mais peu profonde, la résection doit porter plus en hauteur qu'en largeur : ou bien le lambeau sera de beaucoup trop large pour la résection à faire, ou bien la base étroite ne pourra assurer une parfaite nutrition. Mieux vaut dans ce cas la section en T renversé ou en H couché, ou toute autre qu'on pourra imaginer, ayant une plus large base.

Une fois bien délimité, le lambeau sera disséqué. Généralement constitué par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on le matelasse quelquefois en rasant jusqu'aux os.

Dans le but d'éviter la blessure des vaisseaux et des nerfs, les côtes vont être attaquées par la méthode sous-périostée. Pour cela, on mène sur leur face externe une incision un peu supérieure à la longueur de l'os à enlever ; réclinant avec la rugine, en haut comme en bas, toute l'épaisseur des parties molles, on cherche à se frayer un passage pour dégager la face postérieure. On doit se servir d'une rugine à bords assez mousses pour ne pas craindre des échappées. Pour ce temps de l'opération, il faut prévoir le cas le plus difficile, c'est-à-dire celui où les côtes sont au contact. Se servant dès lors de la rugine comme d'un élévateur, on fait saillir la côte que l'on sectionne, on que l'on se borne à entamer par sa face convexe à l'aide d'une pince de Liston ou mieux d'un sécateur de vigne. Ce dernier instrument pris, d'assez petite dimension, présente une branche concave mousse et assez effilée qui peut s'insinuer en arrière par un très petit espace, ou qui même, prenant simplement appui sur le bord inférieur de l'os, fait une entaille et diminue ainsi la résistance présentée à l'élévateur. La côte divisée en un point, il ne reste plus qu'à l'attirer vers soi à l'aide d'un davier ou d'un crochet, pour rendre assez aisée la seconde section libératrice.

Quand les espaces intercostaux ont disparu, on marche un peu à l'aveuglette, ne sachant pas trop comment vont être traités vaisseaux et nerfs. Aussi conseillons-nous d'attaquer tout d'abord, pour plus de facilité et de sécurité, une des côtes les plus inférieures, sinon la plus inférieure, de celles qu'on se propose d'enlever. Quant au périoste de la face postérieure, il se détache généralement sous l'effort de la simple traction.

Au point de vue de la perte de substance osseuse, il est indiqué de lui donner une forme ovalaire plutôt que triangulaire (1), la première favorisant l'accollement, alors que la seconde s'oppose par sa base au rapprochement des parties.

Faut-il, à l'exemple de certains chirurgiens, aller plus loin dans l'opération et y ajouter l'extirpation du feuillet pariétal ? Doit-on imiter la pratique de ceux qui procèdent au raclage de la cavité et du trajet dans le but de favoriser la réunion par première intention ? Nous ne le pensons pas. Les premiers aggravent l'opération, et, allant au-delà du but qu'ils recherchent, les seconds s'exposent aux plus grands dangers, par les hémorrhagies qui peuvent se produire dans une région très peu accessible, outre que dans la plupart des cas leur manœuvre reste incomplète.

Ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est de pratiquer une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la cavité. Le tube que l'on y placera sera chassé à mesure que la rétraction se produira et que la suppuration deviendra moins abondante.

L'hémostase étant parfaite, il reste à nettoyer la plaie au chlorure de zinc ou à l'eau phéniquée forte, à ébarber le périoste et les muscles, à placer par prudence un ou deux drains, à suturer le lambeau et à mettre un pansement antiseptique. Celui-ci restera en place deux ou trois jours, à moins qu'un suintement sanguin, parfois assez abondant, n'exige son enlèvement dès le lendemain. Il peut n'être refait que toutes les vingt-quatre ou trente-six heures, surtout si on prend la précaution d'en laisser émerger le tube qui pénètre dans la cavité. Et, bien qu'il soit indiqué de ne pas procéder à des lavages pleuraux, on a parfois la main forcée par l'abondance de la suppuration.

Un peu de fièvre peut se montrer le soir même de l'opération ; elle cesse généralement dès le lendemain pour ne plus reparaître, à moins qu'il n'y ait des phénomènes de rétention.

La réunion par première intention s'obtient assez facilement, et, dès le quatrième ou cinquième jour, on doit enlever les sutures.

(1) Nous avons pratiqué le 31 octobre la thoracoplastie chez un soldat qui, depuis deux ans, avait une fistule. Cavité 2 à 300 gr. Il a été réséqué 4 cent. de la 9e côte, 5 cent. de la 8e, 4 cent. 1/2 de la 7e, 4 cent. de la 6e, 3 cent. 1/2 de la 5e. Réunion par première intention du lambeau en U à base supérieure, sauf 1 cent. de sphacèle au niveau du bord convexe inférieur. En outre, menace de sphacèle au niveau du lambeau, au niveau d'une ancienne cicatrice. Apyrexie absolue. Aujourd'hui, 15 novembre, la suppuration a considérablement diminuée, le thorax s'affaisse. L'état général est parfait.

(1) Ceccherelli. Association médicale italienne, session de Pérouse, septembre 1885.

La rétraction commence bientôt à s'accuser. Généralement très active pendant les premières semaines, elle subit à un certain moment une diminntion, puis un arrêt marqué. Il faut l'aider dès les débnts en agissant sur les extrémités, en comprimant, soit avec des tampons d'onate, soit avec des éponges, soit avec une bande élastique, soit même avec un brayer anglais.

Dans certaius cas, la guérison est rapide; dans d'autres, elle est lente à se faire. Et, qnoique l'on ait publié des succès complets an bout de trois semaines, il est général d'être obligé d'attendre plns longtemps. Si, deux mois après, le trajet ne s'est pas oblitéré et s'il reste une cavité de dimension appréciable, on ne doit espérer qu'un insuccès ou un succès partiel, car la reproduction des fragments enlevés a déjà en lieu. Il est des cas cependant où l'amélioration n'a abouti qu'après plusieurs mois à la guérison définitive.

Inutile d'insister sur la nécessité de tonifier et de suralimenter des malades déjà épuisés par une longue snppuration. L'observance rigoureuse de cette pratique a donné le secret de plusieurs succès.

L'opération de la thoracoplastie n'est pas généralement suivie de vives douleurs. Il ne faudrait pas confondre, en effet, la sensibilité sourde que le malade ressent sous le pansement aux phénomènes de constriction, parfois observés pendant la période de rétraction dans tout le côté du thorax intéressé, évidemment symptomatique d'un changement de situation dans un nombre d'arcs costaux supérieurs à celui des côtes attaquées.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Maladie de Dupuytren. — Paralysie générale, arthritisme (1), par M. le docteur Régis.

On a donné, comme on le sait, le nom de Maladie de Dupuytren à une affection bizarre, plus spécialement caractérisée par la production au niveau des tendons des muscles fléchisseurs des membres, mais surtout dans la paume de la main, de brides saillantes amenant peu à peu la rétraction des parties.

Considérée tout d'abord comme d'origine purement locale et traumatique, cette affection tend à être regardée aujourd'hui comme la manifestation d'un état général qui serait presque toujours l'arthritisme. C'est l'avis du docteur Costilbes (Tb. de Paris, 1885), et plus encore celni de M. Cb. Amat, qui a cité une observation très probante à l'appni de cette opinion (Gazette médicale de Paris, 1886).

Voici un fait qui ne peut laisser non plus aucun doute à cet égard. Il offre ceci d'intéressant : qu'il s'agit d'un individu atteint de paralysie générale, coïncidence qui n'a pas encore été signalée, croyons-nous, jusqu'à ce jour. Il présente en outre plusieurs autres particularités qui méritent d'être relevées.

Observation. — *Arthritisme chez les ascendants. — Arthritisme et maladie de Dupuytren chez le frère.—Arthritisme et maladie de Dupuytren chez le malade. — Syphilis (??).— Paralysie générale classique avec démence ambitieuse. — Coexistence et fusion, durant les crises congestives, des manifestations de l'arthritisme et de la paralysie générale.*

M. R..., 56 ans, courtier en vins, dégustateur, est admis au mois de juin 1885 dans la Maison de santé. Il présente tous les symptômes d'une paralysie générale progressive : affaiblissement intellectuel, inconscience, excitation, délire des grandeurs absurde et incohérent; inégalité des pupilles, tremblements fibrillaires, embarras de la parole, parésie musculaire commençante.

Je constate chez lui, entre autres choses, l'existence dans la paume de la main droite de brides saillantes qui ont assez fortement rétracté l'annulaire. Ces brides, qui datent d'une dizaine d'années, sont très limitées, et depnis longtemps n'ont subi aucune modification appréciable. Elles sont constituées par une adhérence très nette entre la peau et l'aponévrose sur la longueur du quatrième métacarpien. C'est comme un espèce de cordon dur, noueux, légèrement bosselé en raison des inégalités que présente l'adhérence en ses divers points. Sur certains d'entre eux, en effet, la peau est plus profondément rétractée vers les tissus sous-jacents, d'où résultent de petites dépressions d'aspect ridé. La dépression la plus apparente est située exactement au niveau du premier pli de flexion de la main, et elle forme là comme une espèce de foramen ou de petit trou borgne. La rétraction de l'annulaire est assez prononcée pour maintenir constamment le doigt dans une demi-flexion et pour empêcher son redressement, même lorsqu'on le tente avec effort. Les autres doigts sont parfaitement libres. La main gauche et les membres inférieurs sont indemnes d'altérations de ce genre.

Il s'agit bien là, comme on le voit, d'une rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren. Je n'avais pas prêté tout d'abord grande attention à cette particularité, mais après avoir lu l'article de M. Amat, je m'y intéressai de plus près et j'essayai de reconstituer du mieux possible le passé du malade. Voici, en substance, les renseignements qui me furent fournis :

Le père de M. R... est mort d'une attaque de paralysie à l'âge de 45 ans; il était hémorrhoïdaire, arthritique et congestif. La mère est vivante : elle est âgée actuellement de 84 ans.

La sœur est très bien portante.

Le frère est profondément arthritique. Il est sujet à des accès de goutte de forme habituellement viscérale, caractérisés surtont par de brusques poussées congestives vers les poumons. Fait intéressant à noter, il présente comme son frère une *rétraction palmaire* très apparente.

Quant au malade, il a toujours été, lui aussi, d'un tempérament fortement arthritique. Il a eu pendant longtemps des hémorrhoïdes, et depuis de longues années il souffrait d'une constipation tellement opiniâtre que c'était pour lui un véritable supplice d'aller à la garde-robe. Aussi, avait-il pris l'habitude de s'aider d'un lavement d'eau froide tous les matins. On ne sait s'il a eu la syphilis, mais il l'a toujours nié. Il n'en porte du reste aucune trace et a deux filles mariées, très bien portantes. Bien que dégustateur de profession et vivant bien, il n'a jamais présenté non plus aucun signe d'alcoolisme.

Il a eu sa première attaque de goutte en 1872, dans le pied droit. Depuis ce temps, il en a eu d'autres à différentes reprises; c'étaient des crises subaiguës durant de trois à quatre jours. Il était également sujet, par intervalles, à de grandes sueurs profuses du thorax, suivies de phénomènes de congestion viscérale et, en particulier, de congestion du poumon. Ces sneurs locales affectaient aussi parfois la paume des mains et le visage, surtout le nez, qui est devenu peu à peu le siège d'une éruption acnéiforme tout à fait caractéristique.

En 1877, M. R... eut une paralysie de l'œil droit qui dura quelques mois et disparut toute seule, sans traitement. En 1884, cette paralysie survint à nouveau et le malade fut traité par M. le professeur Badal. Voici quelqnes indications sommaires que mon

(1) Communication faite au Congrès pour l'avancement des sciences à Toulonse.

éminent confrère a bien voulu relever pour moi sur ses notes de cette époque :

Depuis un mois, paralysie de la troisième paire droite affectant toutes les branches, mais particulièrement celle du droit interne.

Ptosis léger, mydriase. Cette paralysie est survenue sans cause connue et sans avoir été précédée de maux de tête. Contrariétés récentes. Quelques nodosités aux articulations phalangiennes. Pas de signes d'ataxie. Syphilis (?).

Sous l'influence du traitement, l'affection oculaire s'améliora, mais sans guérir d'une façon complète, et plus tard, durant le cours de la paralysie générale, le strabisme reparut à chaque crise congestive.

Les premiers signes de méningo-encéphalite se manifestèrent vers la fin de l'année 1884, et au bout de quelques mois ils avaient fait de tels progrès que l'internement du malade fut jugé nécessaire.

La paralysie générale suivit une marche normale, et M. R... mourut chez lui d'accidents intestinaux au mois de novembre 1886.

Durant son séjour dans la maison de santé, il fut pris à différents intervalles d'attaques épileptiformes. Ces attaques qui, au point de vue des caractères cliniques, ne différaient en rien de celles qu'on observe communément dans la paralysie générale, s'accompagnèrent cependant de certains phénomènes particuliers. Ainsi, chaque fois qu'elles éclatèrent, elles furent précédées comme d'un prodrome par une transpiration extrêmement abondante au niveau de la poitrine; transpiration telle que le linge et les vêtements du malade étaient comme trempés dans l'eau. En outre, dans chaque attaque, véritable état de mal comprenant jusqu'à 30 et 40 reprises d'accès, les convulsions furent toujours exclusivement localisées dans le côté droit, particulièrement dans le membre supérieur. L'ictus passé, le malade restait pendant quelques jours paraphasique, mais surtout paragraphique, et son écriture, dont j'ai conservé des spécimens, offrait les mêmes caractères que celle du sujet dont j'ai récemment publié l'observation (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1885) Enfin, régulièrement après chacune de ces attaques, il était pris de congestion pulmonaire plus ou moins intense, avec toux et sueurs profuses. Une fois même, les crises épileptiformes manquèrent et le malade ne présenta de cet ensemble symptomatique que la transpiration excessive du début et la congestion pulmonaire terminale.

RÉFLEXIONS. — Telles sont les principales particularités de l'observation. Elle nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

En premier lieu, elle constitue un exemple remarquable de l'origine goutteuse de la maladie de Dupuytren. Non seulement, en effet, le malade était arthritique, mais encore il avait des goutteux dans sa famille et, chose curieuse, son frère présentait comme lui de la rétraction palmaire. (Parmi les faits nombreux reproduits ou observés par M. Costilhes, il s'en trouve deux ou trois d'hérédité de ce genre).

Mais c'est surtout au point de vue des rapports encore mal connus de l'arthritisme et de la paralysie générale que le fait se recommande à l'attention. Voici, en effet, un malade pris d'abord de goutte dans le *pied droit*, puis de rétraction palmaire dans la *main droite*, enfin de paralysie de *l'œil droit*. Atteint bientôt après de paralysie générale, il présente des attaques épileptiformes à convulsions localisées dans le *côté droit*, précédées et suivies de sueurs profuses et de congestions pulmonaires identiques à celles qui relevaient exclusivement, autrefois, de son arthritisme. Il est impossible de ne pas voir dans cette succession de phénomènes, en particulier dans la réunion chronologique et la localisation des deux ordres de symptômes dans un même côté du corps, une connexion allant presque jusqu'à la fusion entre les manifestations goutteuses et celles de la maladie cérébrale. On en arrive ainsi à se demander si cette dernière n'a pas été produite ou simplement favorisée par la diathèse préexistante, toute autre cause, y compris la syphilis, paraissant faire défaut. Bien des raisons sembleraient rendre cette hypothèse au moins plausible. Sans aller jusqu'à l'admettre, nous nous bornerons à conclure des particularités saillantes de cette observation à la réalité d'une parenté morbide déjà admise dans une certaine mesure, et que de nouveaux faits ne manqueront pas, certainement, de confirmer.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à la chirurgie des poumons.

I. SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES ABCÈS PULMONAIRES, par le professeur QUINCKE, de Kiel (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, n° 19, p. 337). — II et III. SUR LA CHIRURGIE PULMONAIRE, par le docteur ZIELEWICZ, de Posen (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1887, n° 12, p. 238). — IV. CONTRIBUTIONS AU TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PLÈVRE ET DES POUMONS, par E. ROCHELT (*Wiener medic. Presse*, 1888, n°s 32-39). — V. CONTRIBUTIONS A LA CHIRURGIE DES POUMONS, par A. CASINI (*Rivista clinica et terap.*, 1887, n° 1).

I. Les premières tentatives de chirurgie pulmonaire remontent à une époque déjà lointaine, pour qui voudra en avoir la preuve, il suffira de parcourir les citations réunies dans des opuscules récents (1) consacrés à l'histoire de cette question de thérapeutique médico-chirurgicale. Jusque dans ces derniers temps, elles étaient restées reléguées dans le domaine des opérations exceptionnelles; depuis la vulgarisation des procédés d'antisepsie, le nombre de ces tentatives s'est accru en peu de temps, et les résultats qu'elles ont fourni ont été encourageants dans certains cas et très peu favorables dans d'autres. C'est, en somme, une question à l'étude, qu'il ne faut pas repousser de parti-pris et pour laquelle il ne faut pas non plus se prendre d'un enthousiasme prématuré. Un jugement ne sera possible que lorsqu'on disposera d'un nombre considérable de faits cliniques. En procédant ainsi, on arrivera sans doute à établir des indications et des contre-indications à l'intervention chirurgicale, dans les différentes variétés d'affections pulmonaires pour lesquelles on serait tenté de recourir à ce genre d'intervention, et à se faire une idée approximative des chances de succès que celle-ci présente dans un cas donné. Les travaux que nous allons analyser rentrent dans la catégorie des documents de cette nature.

Dans ce qui va suivre, il ne sera question que de la *pneumotomie*, de l'incision du parenchyme pulmonaire mis à nu, ou d'une excavation pathologique creusée dans cet organe. Les circonstances pathologiques dans lesquelles on a eu recours jusqu'ici à cette opération peuvent être groupées sous cinq chefs, à savoir :

1° Les abcès pulmonaires et les bronchiectasies ;

(1) Truc. *Essai sur la chirurgie des poumons dans les affections non traumatiques*. Thèse de Lyon. Paris, 1885 — De Cérenville. *De l'intervention chirurgicale dans les maladies du poumon*. (REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, août 1885). — Voir aussi une Revue critique de M. Cartaz, parue *in* GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1884, n°s 43 et 44.

2° La gangrène pulmonaire;
3° Les cavernes tuberculeuses;
4° Les kystes hydatiques du poumon;
5° Les corps étrangers des bronches.

Nous laisserons de côté, dans cette Revue, les cas de ce dernier groupe. Au sujet de la pneumotomie appliquée au traitement des kystes hydatiques des poumons, nous nous bornerons à rappeler que M. Bouilly a publié dans la GAZETTE MÉDICALE (1886, n° 39), un intéressant article sur cette question, et qu'il a relaté dans cet article une des rares observations de pneumotomie pratiquée (par lui) dans des cas de kystes hydatiques des poumons. Antérieurement, M. Truc (*loc. cit*), avait relevé trois faits du même genre, les seuls dont il avait pu trouver mention dans les recueils de la littérature médicale.

Nous passons aux cas de pneumotomie teintée dans le but d'obtenir la guérison d'un abcès simple du poumon ou d'une bronchiectasie. Voici d'abord trois observations récentes, qui se rapportent à cette catégorie de faits; dans toutes trois, les résultats de l'intervention chirurgicale ont été favorables.

I. (*Observation de Quincke*). — Un mécanicien, âgé de 28 ans, qui avait été atteint deux années auparavant d'une affection pulmonaire aiguë, présentait les signes d'un abcès du poumon gauche: zone de matité en arrière et en bas, remontant jusqu'à la 4e côte; respiration et voix amphoriques à ce niveau; expectoration visqueuse purulente, fétide (environ 350 grammes dans les vingt-quatre heures), ne contenant pas de fibres élastiques. La distension du thorax s'effectuait d'une façon parfaitement symétrique, les poumons paraissaient n'être en rien gênés dans leur mouvement de déplacement. Le malade était amaigri, toussait beaucoup, surtout le matin. La tentative faite un jour pour faciliter l'expectoration, en plaçant le malade dans une position déclive, ont provoqué des accès d'asphyxie. Le lendemain, pneumonie du lobe inférieur droit, qui évolna d'une façon régulière. Jusque-là, le malade n'avait eu que des mouvements de fièvre mal dessinés, la température ne s'élevant pas au-dessus de 39°.

En somme, on avait affaire à une vaste collection de pus, formée depuis deux ans dans le lobe inférieur gauche, à la suite d'une première pneumonie. Il y avait lieu d'admettre que cette collection communiquait avec une ou plusieurs bronches; qu'elle était tapissée par une membrane lisse et limitée par une zone de tissu induré; enfin que les deux feuillets pleuraux n'étaient pas soudés entre eux. La nécessité de fournir une issue au pus à travers la paroi thoracique étant admise, il fallait préalablement provoquer des adhérences pleurales au siège de la collection purulente. Les parties molles, peau et muscles, furent incisées (2 juin) en arrière, dans le neuvième espace intercostal, sur une longueur de 6 centimètres; un fragment de pâte caustique au chlorure de zinc fut placé dans le fond de l'incision, et par-dessus on fixa un tampon; le caustique fut remplacé à plusieurs reprises. Au bout de huit jours, des douleurs qui se manifestaient au-dessous de l'incision, lors des inspirations un peu profondes, furent considérées comme une preuve de l'apparition de la pleurésie; dans l'intervalle, l'expectoration était devenue à la fois plus rare et moins fétide. Le 9 juillet, une première ponction fut tentée à travers le fond de la plaie, sans résultat. Même insuccès, lors de trois autres tentatives, la dernière faite avec un thermocautère en forme de couteau. Le 21 août, on se décida à exciser un fragment de la 9e côte, d'une longueur de 4 centimètres; puis, après de nouvelles tentatives infructueuses de ponction, on fit plusieurs incisions avec le thermocautère dans les poumons, à une profondeur de 4 centimètres. Il se produisit d'abord une hémorrhagie abondante, dont on vint à bout par la compression. Quinze jours plus tard, on renouvela les applications de thermocautère, puis on introduisit un drain dans la fistule qui avait environ 5 cent. de profondeur. Le 14 septembre, il y avait du pus dans les pièces du pansement, et le malade se rendait compte qu'il passait de l'air à travers sa plaie. Les jours suivants, du pus en assez grande abondance s'écoula par la fistule; en même temps l'expectoration se mit à diminuer et à perdre de sa fétidité. Vu la tendance de la fistule à s'oblitérer, il fallut à plusieurs reprises recourir à l'emploi du thermocautère et des tiges de laminaire. Après chacune de ces dilatations artificielles, on pouvait, en s'aidant d'un miroir et d'un éclairage convenable, se convaincre que la fistule était borgne et qu'elle communiquait latéralement avec un canal étroit, dans lequel on introduisit un drain, sur une longueur de 12 centimètres. Pendant quelque temps l'air froid qui, lorsqu'on changeait le pansement, pénétrait à travers la fistule, sollicita des quintes de toux; plus tard, le même phénomène ne se reproduisit plus. Les tentatives de lavages à travers la fistule échouèrent, à cause des violentes quintes de toux qui en résultaient. L'aspiration, pratiquée avec l'appareil de Waldenburg, ne donna issue qu'à de l'air. Par contre, le malade savait très bien utiliser les quintes de toux et la compression thoracique pour évacuer du pus à travers la fistule.

Le 27 mars de l'année suivante, on réséqua des fragments des 8e, 7e et 6e côtes, de 3 à 5 centimètres de longueur, dans l'espoir d'arriver par cette voie à réduire le volume de l'excavation. Cette tentative échoua. Quelques semaines plus tard, sans cause appréciable, le malade présenta les symptômes d'une néphrite aiguë grave, dont il était complètement guéri fin juillet. Rien de nouveau n'était survenu du côté de la poitrine. Le malade se refusa à une nouvelle résection costale. Il a quitté l'hôpital au mois de décembre 1883. Son état général était très satisfaisant à cette époque. A noter que jamais on n'avait pu constater la présence de bacilles de la tuberculose dans le pus rendu.

Le sujet de l'observation a repris son travail. Il s'est marié, a eu des enfants. Il s'est confectionné un récipient spécial, qu'il a adapté à son thorax, et qui, destiné à recueillir le pus, communique avec la fistule par l'intermédiaire d'un drain.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

RECHERCHES SUR QUELQUES SIGNES STÉTHOSCOPIQUES, par M. le docteur PIGNOL, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1887.

Il est un certain nombre de malades chez lesquels les signes stéthoscopiques des diverses affections pulmonaires ou pleurales

s'écartent des règles classiques ou même paraissent constituer une violation formelle de ces règles.

C'est pour se rendre compte de ces anomalies que M. le docteur Pignol a entrepris un certain nombre d'expériences intéressantes.

Il a étudié les causes des vibrations thoraciques et de leurs modifications, l'égophonie, l'absence ou la disparition de l'égophonie, malgré l'existence d'un épanchement pleural, la pectoriloquie-aphone.

Du rhumatisme. — Etude pathogénique, par M. le docteur Pirodon. — Thèse de Paris, 1887.

M. Pirodon a apporté dans sa thèse un certain nombre d'observations pour montrer l'origine nerveuse spinale du rhumatisme, idée déjà soutenue par Besnier, par le professeur Ball, par le professeur Trolard. Il s'est attaché à rechercher les lésions de la moelle chez les rhumatisants qui ne se plaignaient pour ainsi dire pas de douleurs de reins. Pour procéder à l'examen minutieux de la colonne vertébrale, il pressait modérément ou percutait de chaque côté des gouttières vertébrales et même au niveau des apophyses épineuses de chaque vertèbre.

Chez la plupart de ses rhumatisants, il a trouvé des points douloureux au niveau de la colonne.

Le froid, par exemple, agirait sur une partie de l'organisme prédisposé ou non ; cette impression serait transmise au segment médullaire qui correspond à la partie influencée. Ce segment affecté, jouant le rôle de centre par rapport à la région qu'il innerve, y réfléchirait l'impression qu'il a subi en y déterminant une irritation qui se traduirait par de la douleur et une fluxion localisée particulièrement dans l'articulation.

Après avoir exposé cette hypothèse de l'origine spinale du rhumatisme, l'auteur cherche quelle est sa valeur relative et si elle peut expliquer certains phénomènes que présente le rhumatisme, au moins dans ses caractères les plus généraux.

Cette hypothèse d'origine spinale n'exclut pas du tout l'idée d'un état constitutionnel, acquis ou transmis, particulier à l'individu. Le rhumatisme héréditaire est toujours dans un état d'imminence morbide.

Bulletin du laboratoire de recherches sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire. — Paris. O. Doin, 1887.

Dans le numéro de février, les docteurs Filleau et Petit ont publié leur rapport sur les hôpitaux d'Angleterre spécialement consacrés au traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans le numéro de mai, ces auteurs étudient la *curabilité de la phthisie*; ils emploient les injections hypodermiques d'acide phénique. MM. Filleau et Petit donnent un certain nombre d'observations de guérison qui ne nous ont point paru concluantes.

Contribution a l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale, par le docteur Soudée. — Paris, 1887.

Recherchant les différences et les analogies qui existent entre les congestions pulmonaires que l'on trouve dans les différentes maladies, l'auteur, voyant que la congestion rhumatismale, par son début, sa manière d'être et sa terminaison, se rapprochait beaucoup de la congestion qu'on observe dans les maladies dyscrasiques, conclut à la nature dyscrasique et non infectieuse du rhumatisme articulaire aigu.

Grippe et pneumonie en 1886, par le docteur Ménétrier, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1887.

M. Ménétrier, ayant observé une épidémie de grippe dans le service de M. Jaccoud, en 1886, à pu, grâce aux nombreux cas qu'il a en à traiter, entreprendre une description clinique et anatomique de la maladie et donner ainsi de précieux renseignements. Il a principalement insisté sur les rapports de la pneumonie et de la grippe.

Les pneumonies qui surviennent au cours de la grippe apparaissent, à une époque variable de cette maladie, vers le dixième, le quinzième jour et même plus tard. Leur début est peu marqué : au lieu du grand frisson unique, c'est une série de petits frissons. Le point de côté manque ou est très intense. Souvent on observe des épistaxis.

Le râle crépitant n'est pas constant; ce sont surtout des râles humides à bulles plus ou moins fines. Le souffle fait souvent défaut; son timbre peut se rapprocher du souffle pleurétique. Il y a de la submatité ou de la matité complète.

Rarement les crachats présentent l'aspect classique; ils restent souvent muqueux.

L'état général est grave; la physionomie est semblable à celle des maladies infectieuses à type adynamique. La courbe thermique est très irrégulière.

La dyspnée est un des symptômes dominants.

La défervescence survient du sixième au treizième jour; mais la résolution locale est beaucoup plus lente à se faire.

Dans les cas graves, aboutissant à la mort, la terminaison fatale est survenue du troisième au neuvième jour.

On observe aussi des pneumonies avec bronchite ou avec pleurésie.

M. Ménétrier a ensuite étudié dans un très intéressant chapitre les pneumonies qui ont évolué en dehors de l'influence de la grippe. Ces pneumonies ont présenté une marche anormale avec des allures infectieuses.

L'auteur a justement insisté sur ces pneumonies avec péricardite, avec méningite fibrineuse, avec endocardite végétante.

Nous ne pouvons insister sur le chapitre relatif à l'anatomie pathologique. Le lecteur y trouvera une excellente description des lésions et une étude très détaillée sur le parasite de la pneumonie, le pneumocoque.

A. Martha.

NOTES & INFORMATIONS

Le bacille du carcinome. — Lundi dernier, 28 novembre, M. Scheurlen a lu à la Société de médecine interne de Berlin un travail dont les conclusions ont été, paraît-il, écoutées avec autant d'intérêt que de scepticisme.

L'auteur a déclaré qu'il avait obtenu, en inoculant avec des sucs de cancer du sein, un liquide de culture qui n'est autre que du liquide pleurétique préalablement stérilisé, des colonies constituées par des bacilles, longs de 1,5 à 2,5 μ et des spores.

En inoculant à six chiennes une émulsion de culture du bacille dans la glande mammaire postérieure, M. Scheurlen aurait déterminé ainsi l'apparition de tumeurs cancéreuses.

Enfin, il aurait retrouvé les spores, sinon les bacilles en question, dans toutes les préparations de cancer traitées par la méthode de Gram.

Les conclusions du travail de M. Scheurlen sont les suivantes :

1° Il existe constamment dans les tumeurs cancéreuses un bacille qu'on peut obtenir à l'état de pureté;

2° Les spores de ce bacille se rencontrent dans toutes les préparations microscopiques des affections cancéreuses;

3° L'inoculation des cultures pures de ce bacille aux animaux donne lieu à la production de tumeurs cancéreuses;

4° Il y a un rapport de cause à effet certain entre ce bacille et le cancer.

A. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont nommés pour deux ans : chef de clinique chirurgicale, M. le docteur Imbert, en remplacement de M. Rafin, dont le temps d'exercice est expiré; chef de clinique obstétricale, M. le docteur E.-J. Blanc, en remplacement de H.-E. Blanc, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont nommés : aides de clinique, MM. Simon, Adam et Guirlen, en remplacement de MM. Licht, Levez et Viteux, démissionnaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un concours s'ouvrira le 1er juin 1888 pour l'emploi de chef des travaux chimiques et physiques.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. Ducruzel, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de chimie.

M. Guillemin est maintenu, pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de suppléant de physique et de chimie, et chargé à ce titre d'un cours de physique.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Un concours s'ouvrira le 4 juin 1888 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

M. Dhourdhin, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Un concours s'ouvrira le 11 juin 1888, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant aux chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Sont nommés : chef de clinique médicale, M. Lenté; chef de clinique chirurgicale, M. du Roselle; chef de clinique obstétricale, M. Boury.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. le docteur Noury a été nommé suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale et obstétricale.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Tripot est nommé préparateur des cours de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Allaire, démissionnaire.

Un concours s'ouvrira le 1er juin 1888 pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Roland, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Delacour, professeur de clinique interne, est maintenu, pour trois ans dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. le docteur Brunon a été nommé suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Réformes introduites dans l'organisation de l'Ecole du Val-de-Grâce.* — Dans un rapport au président de la République, en date du 22 novembre 1887, M. le Ministre de la guerre dit :

Institué par le décret du 9 août 1850, l'enseignement de l'Ecole du Val-de-Grâce a été l'objet d'améliorations dont l'évolution progressive a donné les plus heureux résultats; mais le moment est venu d'apporter à cet enseignement, comme au fonctionnement de l'Ecole, certaines réformes sanctionnées par l'expérience.

Le cours théorique d'anatomie topographique pourrait avantageusement être rattaché à celui de la médecine opératoire; les cliniques médicale et chirurgicale, au lieu de constituer un enseignement qui, dans sa forme actuelle, est plus théorique que pratique, feraient place à des leçons journalières données simultanément au lit du malade par chacun des professeurs et agrégés de médecine et de chirurgie, médecins traitants de l'hôpital du Val-de-Grâce; les expertises ayant pour objet l'examen des aliments et denrées de toute nature, celui des eaux et des boissons à l'usage de l'armée, seraient l'objet d'une étude approfondie qu'on étendrait en outre aux règlements nouveaux ayant suivi la mise en application de la loi du 16 mars 1882, qui a consacré l'autonomie du corps de santé.

Il est indispensable que les médecins militaires devenus les administrateurs du service de santé soient familiarisés avec tous les détails de ces règlements dont la parfaite connaissance est la base de toute initiative sage et féconde, dont l'application ponctuelle et judicieuse est la sauvegarde des droits de chacun et des intérêts du Trésor.

Il m'a paru aussi qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions de médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et les obligations et les travaux de l'enseignement proprement dit. Enfin, j'ai pensé qu'il convenait d'attribuer au sous-directeur de l'Ecole les fonctions qui sont si utilement exercées par les commandants en second et les directeurs des études des autres Ecoles militaires.

Suit un décret conforme et dont voici les principales dispositions :

L'état-major de l'Ecole sera composé de :

Un médecin-inspecteur directeur;

Un médecin principal de première classe, sous-directeur;

Un médecin-major de première classe, major;

Un médecin-major de première classe, bibliothécaire et conservateur des collections;

Trois médecins aides-majors de première classe, surveillants;

Un officier d'administration de première classe, comptable du matériel et trésorier.

Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du Ministre de la guerre.

Le sous-directeur et les autres officiers attachés à l'Ecole sont nommés par décision ministérielle.

Le bibliothécaire et conservateur des collections peut être pris parmi les médecins-majors de première classe en retraite.

Les médecins aides-majors de première classe ne peuvent être nommés surveillants qu'après deux années d'ancienneté dans leur grade.

L'autorité du directeur de l'Ecole s'exerce sur tout le personnel

et sur toutes les parties du service: police, discipline, instruction et administration.

Il correspond directement avec le Ministre.

Il est tenu de résider à l'Ecole.

Le sous-directeur est en même temps médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Il est l'intermédiaire du directeur de l'Ecole dans toutes les parties du service. Il est chargé de la police, de la discipline et du maintien de l'ordre dans l'Ecole. Le personnel de l'Ecole est sous ses ordres immédiats et sous sa surveillance directe. Il tient le registre du personnel. Il remplace le directeur absent.

Il n'est chargé d'aucun enseignement particulier.

Il est directeur des études et, à ce titre, a le contrôle général sur tout ce qui concerne l'enseignement et les travaux pratiques.

En cas d'absence, il est remplacé par le médecin principal le plus élevé en grade ou le plus ancien dans le grade supérieur.

Le major, l'officier d'administration, le bibliothécaire et les surveillants, exercent leurs fonctions conformément aux règlements sur l'administration et la comptabilité des écoles et sur le service intérieur de l'Ecole.

Le personnel de l'enseignement comprend des professeurs et des professeurs agrégés, répartis comme il suit pour les diverses branches de l'enseignement :

1o Un professeur et un agrégé. — Maladies et épidémies des armées;

2o Un professeur et un agrégé. — Chirurgie d'armée (blessures de guerre);

3e Un professeur et deux agrégés. — Anatomie chirurgicale, opérations et appareils;

4o Un professeur et un agrégé. — Hygiène et médecine légale militaires;

5° Un professeur et un agrégé. — Législation, administration et service de santé militaires.

6o Un professeur et un agrégé. — Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie.

L'agrégé de chimie, outre ses fonctions auprès du professeur de chimie, est mis à la disposition du professeur d'hygiène pour les démonstrations et exercices chimiques, bactériologiques, etc., nécessaires pour l'enseignement pratique de l'hygiène.

Les professeurs sont choisis parmi les anciens agrégés ou les agrégés en exercice. Ils sont nommés par le Ministre sur des listes de trois candidats dressées, l'une par le Conseil de perfectionnement de l'Ecole, l'autre par le Comité consultatif de santé. Ils doivent être du grade de médecin principal de première classe au moins et de principal de première classe au plus. La durée des fonctions de professeur ne peut excéder dix ans.

Par exception, le premier titulaire de l'emploi de professeur d'administration créé par le présent décret pourra être choisi parmi les médecins militaires agrégés ou non agrégés présentés dans la forme indiquée ci-dessus.

Les professeurs agrégés sont nommés au concours. Les majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à concourir.

La durée des fonctions de professeur agrégé est fixée à cinq ans.

Les autres titres dudit décret se rapportent aux Conseils établis à l'Ecole et aux dispositions relatives aux stagiaires et au service intérieur.

— *Note ministérielle* relative à la nomination d'un professeur de législation, d'administration et de service de santé militaire à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires. — En exécution de l'article 8 du décret du 22 novembre 1887, tous les médecins-majors de première classe, principaux de deuxième ou de première classe, qui poseraient leur candidature pour l'emploi, nouvellement créé, de professeur de législation, d'administration et de service de santé militaires, devront faire parvenir, par la voie hiérarchique, à M. le ministre de la guerre, avant le 10 décembre, leur demande accompagnée, en double expédition, de l'énumération et de la justification de leurs titres.

— Un banquet, offert à M. Péan par ses élèves et amis, à l'occasion de sa nomination à l'Académie de médecine, aura lieu le jeudi 15 décembre, à l'Hôtel Continental.

Prière d'envoyer les adhésions, *avant le 12 décembre*, à l'un des membres du Comité d'organisation : MM. les docteurs Brochin, 51, boulevard Saint-Michel; Deny, 18, rue de la Pépinière; Porak, 142, boulevard Saint-Germain; Prengrueber, 32, rue des Mathurins.

Ou à MM. Bouygues, Chrétien, Lepage, internes à l'hôpital Saint-Louis.

Le prix de la cotisation est de 22 francs.

— Dans le Comité secret qui a suivi la séance de vendredi dernier, la Société médicale des hôpitaux s'est occupée de la situation dans laquelle se trouve M. le docteur Andhoui, médecin des hôpitaux de Paris, qui, depuis quelques années, est en même temps médecin consultant dans une ville d'eaux et, par suite, absent de son service à partir du mois de juin jusqu'à la fin de septembre.

Nous apprenons que, sur des observations qui lui auraient été faites par le bureau de la Société, M. Audhoui aurait donné sa démission de membre de ladite Société; celle-ci l'aurait acceptée, parce qu'elle estime qu'il n'appartient pas à un médecin des hôpitaux de profiter de sa situation pour aller pratiquer la médecine dans une station thermale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

M. Catat. Chlorose cardiaque. — M. Derville. Infection tuberculeuse par voie génitale. — M. Bonet. Les froids polaires et leurs effets sur l'organisme. — M. Corneille Saint-Marc. Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron. — M. Joliot. De l'entorse radio-carpienne. — M. Esprit. De la non-intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par balles de petit calibre. — M. Lota. Deux ans entre le Sénégal et le Nieger. — Contribution à la géographie médicale du Soudan français.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

86. M. Daliot. Contribution à l'hygiène navale. — 87. M. Dupond. Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales. — M. Desmontils. Des cas de dystocie dûs à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus. — 89. M. Plouzané. Contribution à l'étude de l'hygiène pratique des troupes européennes en campagne dans les pays inter-tropicaux. — 90. M. Joyau. Des hémorrhagies intestinales du premier âge, consécutives à l'invagination.

91. M. Perron. Considérations sur les causes et le traitement des otites moyennes chroniques. — 92. M. Sérieux. Du secret médical. — 93. M. Fischer. Du rappel de la parole chez les aphasiques. — 94. M. Moulinié. Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel. — 95. M. Peytoureau. La glande pinéale et le troisième œil des vertébrés.

96. M. Villedary. Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement. — 97. M. Ilbert. De l'emploi de l'eau sulfocarbonée dans le traitement de la diarrhée de Cochinchine. — 98. M. Senesse. Traitement local de la phthisie laryngée. —

99. M. Babot. L'aviso « Oyapock » pendant l'épidémie de fièvre jaune du Maroni en 1886. — 100. M. de Boyer de Camprieu. Empoisonnements par les substances alimentaires altérées.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 20 au samedi 26 novembre 1887

Fièvre typhoïde 32 — Variole 7. — Rougeole 16. — Scarlatine 3. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup, 32 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 196. — Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 46. — Autres 6. — Méningite 34 — Congestion et hémorr. cérébr. 52. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 10. — Maladies organiques du cœur 55. — Bronchite aiguë 38. — Bronchite chronique 37. — Broncho-pneumonie 22. — Pneumonie 51. — Gastro-entérite : Sein 11. — Biberon 19. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 6. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 25. — Sénilité 24. — Suicides 15. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 177. — Causes inconnues 13. — Total de la semaine : 970 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'exercice et des troubles de la parole et du langage, étude psycho-physiologique, par le docteur Ferrand. In-8, avec une planche. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Éléments de médecine suggestive. — Hypnotisme et suggestion. — Faits cliniques, par MM. les docteurs J. Fontan, médecin principal de la marine, professeur à l'École de Toulon, et Ch. Ségard, médecin de première classe, chef de clinique à l'École de Toulon. Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome Ier, 2e fascicule : Colonne vertébrale. — Cou. — Membre supérieur. — Poitrine. Un volume in-8 de 350 pages, avec 61 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Un volume in-18 de 240 pages. Deuxième édition, 1887. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Précis d'anthropologie, par Abel Hovelacque, professeur à l'École d'anthropologie et Georges Hervé, docteur en médecine, professeur adjoint à l'École d'anthropologie, avec 20 figures intercalées dans le texte. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

58e année. 7e série. Tome IV. N° 50 10 DÉCEMBRE 1887.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE

L'ANTIPYRINE, SON ACTION SUR LA NUTRITION, SES INDICATIONS GÉNÉRALES. — ESSAI DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE, par ALBERT ROBIN, membre de l'Académie de médecine.

I

Les modifications que les lois de l'échange subissent dans les diverses maladies constituent autant d'éléments morbides qui peuvent devenir la source d'utiles applications thérapeutiques.

Déterminer ces éléments morbides, puis rechercher, dans une étude parallèle, comment un médicament donné peut les influencer, telle doit être l'une des méthodes de cette thérapeutique moderne qui répudie l'empirisme et aspire au titre de rationnelle.

Et quand un médicament nouveau fait son apparition dans la science, la recherche des variations qu'il engendre dans les actes de la nutrition s'impose avant toute autre, car c'est là le fait pharmaco-dynamique vraiment capital, celui que le médecin doit considérer au premier plan, puisque souvent, le plus souvent même, les effets produits par ce médicament sur la calorification, la circulation, la sensibilité, etc., ne sont que la résultante ou tout au moins l'expression extériorisée de son action sur la nutrition élémentaire.

Est-il utile de rappeler que cette étude est habituellement négligée ou qu'elle ne vient qu'après coup, quand l'esprit est frappé par les insuccès ou les accidents de telle médication qui paraissait jusque-là revendiquer pour elle une précision soi-disant scientifique.

J'en veux pour preuve l'acide phénique, que l'on a appliqué d'enthousiasme au traitement de la fièvre typhoïde à cause de sa double propriété d'antithermique et d'antiseptique. Après une période d'apparents succès, voilà que de tous côtés s'élèvent les objections et s'opposent les statistiques; puis la vérité reprend ses droits et le silence se fait peu à peu sur cette dangereuse médication. Si l'on avait su, dès le début, ce que j'ai démontré plus tard, que l'acide phenique était un déminéralisateur de l'organisme, que cette déminéralisation agissait dans le même sens que la maladie et portait sur le soufre et la potasse, deux éléments histogénétiques essentiels, eût-on tant combattu dans les deux camps, eût-on même engagé le combat !

Or, voilà un médicament nouveau, l'antipyrine, qui vient, à son tour, occuper la scène médicale. Quoique faite d'hier, son histoire est déjà pleine de contradictions. On nous présente ce médicament d'abord comme un antipyrétique supérieur à tous les autres, et cette propriété paraît à ce point spécifique, qu'elle lui impose son nom. Mais M. Jaccoud commence bientôt son procès, démontre que ses effets antithermiques sont relativement faibles et inconstants et qu'il influence non pas la cause productrice de la chaleur, mais plutôt la répartition de celle-ci, de sorte qu'il ne semble pas constituer une acquisition réelle pour la thérapeutique.

Puis, par une singulière évolution des choses, l'antipyrine réapparaît avec M. Germain Sée, non plus comme un antithermique, mais comme le type des analgésiques internes, comme le premier médicament inhibitoire de la douleur!

Aussi, ai-je pensé que le moment était bien choisi pour publier des recherches que j'ai faites en 1885 et 1886 dans mon laboratoire de l'Hospice des Ménages sur les variations que l'antipyrine produit dans les actes de la nutrition.

Outre qu'elles donneront une base plus solide à l'action thérapeutique qu'elles confirmeront, elles fourniront, j'espère, un exemple des résultats auxquels doit conduire le moyen d'étude que j'ai appelé à mon aide.

II

Pour se rendre un compte exact de la manière dont l'antipyrine agit sur la nutrition, il faut rechercher comment elle influence les divers résidus de celle-ci ; je me suis attaché particulièrement aux résidus qui s'éliminent par la voie rénale. Après avoir envisagé les plus importants, j'essaierai de synthétiser les résultats acquis et d'en déduire des indications précises sur l'action physiologique et thérapeutique de l'antipyrine (1).

Action sur la quantité d'urine. — L'antipyrine diminue toujours la quantité d'urine chez les sujets sains. Dans les états aigus, la diminution est constante, mais très variable. Dans les états chroniques, la diminution est encore la règle.

Matériaux solides. — Dans l'état normal, ils diminuent de 10 0/0 environ.

Dans quelques états aigus, les doses employées ne dominent pas assez la maladie pour imposer toujours une diminution. Néanmoins dans la fièvre typhoïde, l'abaissement est encore plus marqué que dans l'état normal.

La diminution est constante et beaucoup plus frappante dans les états chroniques, et c'est dans les cas où la maladie

(1) Je remercie tout particulièrement mon préparateur et ami M. Tremel, pour l'aide obligeante qu'il m'a prêtée pendant l'exécution de mes dosages.

compromet le plus la nutrition que l'abaissement est le plus important.

Pendant les jours qui suivent l'emploi de l'antipyrine, l'élimination des matériaux solides ne dépasse qu'une fois sur cinq leur chiffre initial.

Urée, azote total, coefficient d'oxydation azotée. — L'urée diminue constamment, à l'état normal ou pathologique; la diminution persiste après la cessation de l'antipyrine.

La diminution porte aussi sur la somme des matériaux azotés; mais l'urée diminue plus que ceux-ci, de sorte que le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total tombe de 79.9 à 76.6. Cette action s'accentue encore après la cessation de l'antipyrine.

Acide urique. — Dans l'état normal, l'antipyrine augmente l'acide urique, qui est monté de 0.138 à 0.297, pour retomber après à 0.142.

Pathologiquement, les résultats sont très irréguliers; il semble qu'aux doses que j'ai employées, l'action médicamenteuse soit trop faible pour influencer le processus morbide, surtout quand cette action ne s'exerce que pendant un jour ou deux.

Chlorures. — Sur quatorze expériences, les chlorures ont diminué treize fois et augmenté une seule fois.

Acide phosphorique. Phosphore incomplètement oxydé. — L'antipyrine diminue habituellement chez les sujets bien portants la quantité d'acide phosphorique total, tout en élevant le rapport de celui-ci à l'azote de l'urée.

Elle augmente, à la fois, le phosphore incomplètement oxydé et le rapport de celui-ci à l'acide phosphorique total et à l'azote de l'urée.

Dans les états aigus, elle diminue en même temps l'acide phosphorique et son rapport à l'azote de l'urée.

Son action est très irrégulière dans les états chroniques, sans pourtant que la nature de la maladie exerce sur ces variations une influence prépondérante.

Enfin, le jour qui suit l'emploi de l'antipyrine, l'acide phosphorique diminue presque constamment sur son chiffre initial.

Acide sulfurique préformé, conjugué et soufre incomplètement oxydé. — Dans l'état de santé, l'acide sulfurique des sulfates subit, avec 3 grammes d'antipyrine, une diminution assez sensible de 21,6 0/0 environ. Cet abaissement s'accentue encore le jour suivant.

L'acide sulfurique conjugué fléchit de 0,100 à 0,68, mais les jours suivants il remonte à 0,223.

Le soufre, incomplètement oxydé, exprimé en acide sulfurique, augmente de 0,165 à 0,268, puis revient à la normale.

Enfin, l'acide sulfurique total s'abaisse de 14,5 0/0 et se maintient à un chiffre abaissé pendant les deux jours suivants.

Potasse. — La potasse s'accroît de 5,6 0/0, puis s'abaisse pendant les deux jours suivants de 6,6 0/0 au-dessous de son taux du début de l'expérience.

III

Résumons maintenant, en quelques mots, les enseignements que fournissent les recherches dont je viens d'exposer les résultats :

1° L'antipyrine diminue la quantité de l'urine, les matériaux solides, l'urée, l'azote total, le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total, les chlorures, l'acide phosphorique, l'acide sulfurique des sulfates, l'acide sulfurique conjugué;

2° Elle augmente l'acide urique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote de l'urée, le phosphore incomplètement oxydé et ses divers rapports, le soufre incomplètement oxydé et la potasse.

Tels sont les phénomènes qu'il s'agit d'interpréter pour établir l'action exercée par l'antipyrine sur la nutrition.

A. — Une diminution dans l'excrétion des matériaux solides implique nécessairement une diminution parallèle dans la désintégration organique, à moins qu'il n'y ait eu, pendant l'usage du médicament, rétention dans l'organisme d'une partie des résidus qui proviennent de la destruction des tissus. Dans ce cas, au moment où cesse l'influence médicamenteuse, le chiffre des matériaux solides doit dépasser sensiblement leur taux primitif; il y a là une véritable décharge.

Comme, après l'antipyrine, les matériaux solides tendent seulement à revenir à leur chiffre du début et qu'ils ne dépassent celui-ci que dans un cinquième des cas, j'en conclus qu'elle produit nettement une diminution de la désintégration organique générale, et qu'elle se rapproche, à ce titre, de cette série à laquelle M. Germain Sée a donné jadis le nom de médicaments d'épargne.

B. — Ce point étant établi, il importe de savoir quels sont les groupes de principes immédiats qui subissent cette action inhibitoire sur leur désassimilation?

La diminution de l'azote total qui s'abaisse de 17 0/0 comporte un amoindrissement semblable dans la désintégration des matières albuminoïdes. J'en veux encore pour preuve la diminution de l'acide sulfurique total qui provient pour une grosse part du soufre des matières albuminoïdes et qui tombe d'environ 14,5 pour 100, ce qui s'accorde assez bien avec le chiffre qui représente le pourcentage de la diminution de l'azote.

C. — L'antipyrine diminue donc la désintégration générale et particulièrement la désintégration des matières azotées; il nous reste maintenant à déterminer ce que deviennent les déchets de cette désintégration, en d'autres termes, comment l'organisme les utilise.

J'ai démontré autre part qu'à l'état normal, 80 à 85 p. 100 de l'azote désintégré sont éliminés sous forme d'urée; et, comme celle-ci représente le dernier terme de l'oxydation organique — ou, pour ceux qui n'admettent pas l'intervention d'un processus d'oxydation dans la formation de l'urée — de l'utilisation organique, j'ai fixé à 80-85 p. 100 le coefficient normal de l'oxydation organique des matières azotées.

Puisque l'antipyrine abaisse ce coefficient à 76,6 p. 100, puis à 72 p. 100, j'en conclus que, si elle diminue la désintégration, elle ralentit plus encore l'utilisation des produits désintégrés.

D'ailleurs, il est un fait qui vient corroborer encore l'importance que j'attache à cet abaissement du coefficient des oxydations azotées, c'est que le coefficient d'oxydation des matériaux sulfurés descend dans des proportions à peu près analogues. En effet, avant l'emploi de l'antipyrine, le sujet éliminait une quantité de soufre incomplètement oxydé correspondant à 90,22 % de la masse totale du soufre; on pou-

vait donc fixer à ce chiffre le coefficient d'oxydation sulfurée.

Pendant l'usage de l'antipyrine, le coefficient tomba à 81,52, soit de 9,6 0/0.

Cet abaissement des oxydations s'accorde bien avec cette augmentation de l'acide urique que j'ai signalée tont à l'heure.

D. — J'arrive à une qnestion de premier ordre. Comment faut-il interpréter l'augmentation dn phosphore incomplètement oxydé et de ses rapports, du rapport de l'acide phosphorique total à l'azote de l'nrée, enfin la légère élévation de la potasse?

Ces augmentations simultanées et relatives, coïncidant avec nn amoindrissement de la désintégration générale, penvent être attribuées à deux causes différentes: on bien certains organes, riches en phosphore et en potasse, ne se comportent pas, devant l'antipyrine, comme les autres tissns, et subissent, au contraire, du fait de celle-ci, une désintégration plus accentuée; ou bien la désintégration desdits organes étant diminuée ou restant tout au moins normale, l'oxydation des produits désintégrés est sensiblement ralentie.

Le problème à résoudre est de la plus haute importance, car quels sont les organes en cause? C'est le système nerveux, puisque c'est lui qui possède cette qualité particulière de composition phosphorée, et que, d'un autre côté, mes expériences m'ont démontré qu'il existait une relation entre l'augmentation du phosphore incomplètement oxydé et un important changement dans la désassimilation nerveuse.

Et si l'antipyrine produit sur le système nerveux un effet à ce point dominant, il faut que nous sachions, avant d'aller plus loin, si cet effet détermine une usure plus rapide du système nerveux ou simplement un ralentissement dans les oxydations qui s'y passent.

La première hypothèse n'a pour elle qu'un argument de bien faible valeur; c'est l'augmentation de la potasse. Comme cette potasse en excès ne peut venir ni des muscles, dont la désintégration est diminuée, ni des globules rouges que l'antipyrine n'altère pas, il paraît rationnel de lui donner le système nerveux comme origine.

Mais la potasse n'augmente que fort peu, de 5.6 0/0; et puis, dès le second jour de l'administration de l'antipyrine, on la voit diminuer, et cette diminution coïncide avec une augmentation du phosphore incomplètement oxydé. L'argument de la potasse est donc sans valeur, et l'hypothèse de l'usure nerveuse n'y trouve aucun soutien.

C'est donc au ralentissement des oxydations intra-nerveuses que j'attribue plutôt l'augmentation du phosphore incomplètement oxydé, et je vais en fournir la preuve.

Il me semble hors de doute que l'activité d'un appareil ou d'un système organique est en rapport avec une destruction plus grande de sa substance, et que son repos, au contraire, coïncide avec une désintégration moins accentuée. Comment alors se comporte l'élimination du phosphore incomplètement oxydé dans les cas où l'activité fonctionnelle du système nerveux est mise en jeu, dans les cas de douleurs, dans certaines névroses, etc.?

L'expérience m'a appris que, d'une manière générale, une excitation nerveuse exagérée s'accompagnait habituellement d'une diminution relative du phosphore incomplètement oxydé et de ses rapports, et que, inversement, il y avait une sorte de parallélisme entre l'augmentation de ce principe et la dépression nerveuse.

En voici un exemple entre autres:

Un ataxique qni souffre pendant le jour de douleurs fulgurantes et d'un véritable état névrosiaque, mais qui s'endort épuisé de fatigue et de souffrance, excrète relativement plns de phosphore incomplètement oxydé pendant la période nocturne d'accalmie, qne pendant la période diurne et doulonreuse.

En ce moment, je n'expliqne rien, je me borne à constater un fait, et ce fait, c'est la relation qni existe entre la dépression nervense et l'augmentation dn phosphore incomplètement oxydé et de ses rapports. Cette constatation fournit un argument décisif en faveur de notre seconde hypothèse, à savoir que l'antipyrine ralentit les oxydations nerveuses.

Je puis même essayer de fixer dans quelles limites se produit ce ralentissement. Prenons pour base les oxydations des matériaux azotés: le rapport de l'azote incomplètement oxydé croît, pendant l'emploi de l'antipyrine, de 20.1 0/0 à 23.4 0/0, soit de 16.4 0/0; et, dans la même période, le rapport dn phosphore incomplètement oxydé à l'acide phosphoriqne total s'élève de 69.6 0/0.

Quels sont les enseignements qne l'on peut tirer de cette énorme divergence? C'est que l'antipyrine, retardatrice des oxydations, n'agit pas d'une manière égale snr toutes les matières azotées de l'organisme, et que son activité dominante se concentre sur les organes riches en matières à la fois azotées et phosphorées, c'est-à-dire sur le système nerveux. Il est donc vraisemblable que l'antipyrine influence d'abord et comme directement le système nerveux, et que celui-ci réagit secondairement snr la désintégration et les oxydations générales.

Ce que les recherches de chimie physiologique qni précèdent permettent d'ériger en principe, c'est l'élection de l'antipyrine pour le système nervenx, et cette notion vient trop bien à l'appui des retentissantes communications de M. Germain Sée sur son action analgésique, ponr que je n'insiste pas tout spécialement sur cette concordance de recherches cliniques et chimiques entreprises dans des voies si différentes.

L'antipyrine diminue donc l'excitabilité nerveuse et produit une dépression de cette activité, qui se traduit chimiquement par une modification nntritive du système nerveux et qui paraît être le *primum movens* de tous les autres effets de ce médicament sur la nutrition. Les expériences de M. Germain Sée lui avaient déjà montré que l'antipyrine est l'un des meilleurs dépresseurs de l'excitabilité médullaire; cette dépression serait telle qu'elle peut, d'après M. Chouppe, empêcher l'excitation violente produite par la strychnine.

Et la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que les anesthésiques qui figurent au rang des médicaments dépresseurs de l'activité nerveuse, augmentent, comme le fait l'antipyrine, le phosphore incomplètement oxydé et ses rapports, tont en diminuant, comme elle, la désintégration générale et les oxydations. Deux expériences de Znelzer et une de Hoffmann ne laissent aucnn doute à cet égard.

D'autre part, le chloroforme, l'éther, le bromure de potassinm, le chloral, tous agents anesthésiques ou soporifiques, élèvent assez sensiblement le rapport de l'acide phosphoriqne total à l'azote de l'urée, pendant que les médicaments qui augmentent l'excitabilité nerveuse, comme la strychnine, par exemple, tendent plutôt à diminuer ce rapport.

Les premières conclusions qui découlent de tous ces faits sont les suivantes:

1° La diminution de l'excitabilité nerveuse s'accompagne d'une augmentation du phosphore incomplètement oxydé et de ses rapports, augmentation qui peut être considérée comme la *lésion chimique de la dépression nerveuse*.

2° Les médicaments modérateurs de l'excitabilité nerveuse ont, pour conséquence de leur activité, une modification nutritive qui se traduit par un accroissement du phosphore incomplètement oxydé.

3° L'antipyrine qui peut, au même titre que plusieurs anesthésiques et amalgésiques, produire cette modification nutritive et calmer en même temps la douleur, doit être considérée, avant tout, comme un modérateur de l'activité nerveuse.

C'est cette propriété fondamentale de l'antipyrine que M. Germain Sée vient de mettre en lumière au nom de la clinique et de l'expérimentation physiologique; les études chimiques qui précèdent donnent le secret de cette propriété, et la réunion de tous ces documents constitue une base déjà solide qui permettra d'étudier avec plus de fruit et moins de tâtonnements les applications nouvelles que l'antipyrine peut recevoir dans cette voie.

Les effets produits sur le système nerveux par l'antipyrine ont une certaine durée qui est en rapport avec la variation nutritive qu'elle détermine, et qui ne peut être aussi fugace qu'une action purement dynamique. J'en veux pour preuve ce fait que si le phosphore incomplètement oxydé revient bientôt à son chiffre initial, cependant ses rapports à l'acide phosphorique total et à l'azote de l'urée restent encore assez élevés après la cessation du médicament.

Ce fait mérite d'être mis en relief et peut recevoir quelque application pratique; c'est ainsi qu'il tendrait à prouver l'inconvénient de doses trop rapprochées ou d'un traitement trop longtemps prolongé.

E. — Il ne me reste plus à interpréter que l'abaissement de l'acide sulfurique conjugué.

On sait que les matières albuminoïdes subissent, dans l'intestin, sous l'influence du suc pancréatique et probablement aussi de ferments animés, une décomposition qui a toutes les allures d'une putréfaction et qui donne naissance à plusieurs combinaisons aromatiques (telles que phénol, indol, scatol, etc.), qui, résorbées dans l'intestin, passent dans la circulation générale où elles se combinent, entre autres, avec l'acide sulfurique, pour s'éliminer sous forme de sels sulfo-conjugués. Telle est l'origine d'une partie du phénol et de l'acide sulfurique conjugué que l'on trouve normalement dans l'urine.

Jadis, j'avais proposé le dosage du phénol urinaire comme un moyen de mesurer les putréfactions intra-organiques, et tout en faisant ces recherches, j'avais constaté que l'acide sulfurique conjugué, de même que le phénol, subissait une assez grande augmentation dans un certain nombre de maladies septiques, dans la fièvre typhoïde, par exemple, et, d'un autre côté, que les agents antiseptiques diminuaient également la proportion de ces deux principes.

La question que j'avais posée vient d'être reprise à Fribourg en Brisgau par M. V. Morax, élève de Baumann, qui a prouvé que certains agents antiseptiques, comme l'iodoforme, abaissaient nettement la quantité de l'acide sulfurique conjugué.

La diminution obtenue pendant l'action de l'antipyrine, diminution de 32 0/0, implique donc une action antiputride digne, en tous cas, d'être signalée.

En résumé, l'action exercée sur les échanges par l'antipyrine lui fait reconnaître trois propriétés principales :

1° En premier lieu, elle agit directement sur le système nerveux dont elle modère l'excitabilité, non pas d'une manière purement dynamique, mais en agissant sur sa nutrition élémentaire ;

2° Elle diminue la désintégration et abaisse plus encore les oxydations organiques. Il est probable que cette influence sur la nutrition générale dépend immédiatement des effets de l'antipyrine sur le système nerveux, car les médicaments dépresseurs de l'activité nerveuse agissent presque tous dans le même sens ;

3° L'antipyrine possède encore comme propriété particulière, un pouvoir antiseptique assez marqué même à dose faible et qui semble se manifester aussi bien dans l'organisme — et sans dommage pour lui — que dans les expériences de laboratoire.

IV

L'énoncé de ces trois propositions laisse facilement pressentir quelles devront être les *indications thérapeutiques* réelles de l'antipyrine.

1° Puisqu'elle est un dépresseur de l'activité nerveuse, elle trouvera son emploi toutes les fois qu'il importera de modérer l'excitabilité nerveuse. Cette indication explique l'heureux emploi que M. Germain Sée vient d'en faire dans le traitement de la douleur, dans les céphalées, les migraines, les névralgies, sur lesquelles elle exerce réellement une action inhibitoire.

Mais la douleur n'est pas la seule manifestation de l'hyperexcitabilité nerveuse, et il est nombre d'états morbides dans lesquels cette dernière intervient soit à titre prépondérant, soit comme élément surajouté. C'est ainsi que l'antipyrine a pu impressionner certaines cardiopathies douloureuses et donner même des succès dans quelques cas d'angine de poitrine.

Rationnellement elle devra être expérimentée dans tout un groupe de névroses.

2° Le rôle de l'antipyrine contre l'élévation de la température, et par conséquent son emploi dans les fièvres, me paraît, sinon terminé, du moins fortement compromis.

J'ai démontré autre part sur quelles bases chancelantes reposaient les médications antipyrétiques actuelles : l'antipyrine est passible de toutes les objections que j'ai adressées à cette série médicamenteuse.

Dans la fièvre typhoïde, en particulier, tout en s'efforçant de diminuer la désintégration, il faut favoriser l'oxydation des produits désintégrés, parce que les oxydations donnent naissance à des résidus solubles — donc facilement éliminables — et, de plus, peu ou pas toxiques, et que, par opposition, les autres actes chimiques de la désintégration engendrent des résidus peu solubles — donc plus difficilement entraînables — et toxiques.

Tout agent qui diminue plus l'oxydation, ou — pour ne rien préjuger — l'utilisation de l'azote désintégré que la désintégration azotée elle-même, qui, par suite, élève la quantité de déchets peu solubles en diminuant le véhicule qui doit les entraîner, cet agent, dis-je, est proscrit du traitement des fièvres et spécialement de la fièvre typhoïde.

L'antipyrine possède tous ces vices rédhibitoires; en outre, elle diminue l'excitabilité du système qui règle les échanges;

à tous ces titres, elle doit donc être distraite du groupe des vrais antipyrétiques et supprimée dans le traitement des pyrexies.

Si cette conclusion est confirmée, le nom d'antipyrine donné à la diméthyloxyquinizine n'a plus de raison d'être, et si l'on voulait représenter par une dénomination usuelle sa propriété fondamentale, il serait plus exact de l'appeler *analgésine* ou *nervine*.

Quand, au contraire, il faudra diminuer les oxydations organiques, dans plusieurs états de dénutrition dont la phtisie pulmonaire et l'azoturie peuvent être considérées comme deux types, l'antipyrine trouvera de fréquentes applications.

De même, quand il s'agira de diminuer la désintégration organique, sans craindre de nuire aux oxydations, comme dans les périodes avancées et fébriles de la phtisie pulmonaire, où le malade, s'alimentant à peine, ne vit plus que sur lui-même, l'indication me paraît précise.

Par contre, lorsque les échanges nutritifs subissent, du fait même de la maladie, un ralentissement considérable, ainsi qu'il arrive, par exemple, dans un grand nombre d'états cachectiques, l'antipyrine est contre-indiquée, car elle agit alors plus énergiquement dans le sens restrictif que chez les individus sains.

3° L'action antiseptique de l'antipyrine trouvera, sans nul doute, de nombreuses applications, puisqu'elle se manifeste à doses faibles, et partant peu nocives. Il est probable que les effets avantageux qui ont été obtenus aux périodes avancées de la phtisie pulmonaire reconnaissent comme origine cette double action du médicament sur les échanges et les fermentations.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — Service de M. le professeur Guyon, *suppléé par M. le docteur* Kirmisson, *agrégé de la Faculté.*

Rétrécissement du rectum consécutif a un abcès de la prostate. — Leçon clinique recueillie par M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je vais aujourd'hui vous parler d'un malade que vous avez pu voir au n° 23 de la salle Saint-André, et qui est porteur de lésions peu communes du rectum et de la prostate.

C'est un homme de 52 ans, chez qui on ne retrouve aucun antécédent morbide héréditaire. Personnellement, il n'a jamais eu de maladie que dans la sphère qui nous occupe. A 20 ans, il contracta une blennorrhagie qui dura très longtemps et ne disparut qu'au bout de deux ans, après des traitements divers dans lesquels les injections n'ont pas figuré.

Je tiens à insister, chemin faisant, sur deux particularités de sa blennorrhagie : sa longue durée et l'absence d'injections uréthrales. Sans empiéter sur ce que je vais vous exposer, je vous dirai dès maintenant que ce malade eut dans la suite un rétrécissement. Or, je retrouve ici la cause presque constante de ces formations fibreuses, la chronicité ; quant aux injections qui ont été maintes fois incriminées, leur rôle a été singulièrement exagéré, et ceux qui ont imaginé une telle étiologie des rétrécissements ne peuvent guère invoquer d'observations rigoureuses à l'appui de leur théorie. L'histoire de notre malade, qui n'a jamais pris d'injections, vient plaider une fois de plus contre cette hypothèse.

Quoiqu'il en soit, cette blennorrhagie, si prolongée qu'elle ait été, paraît être restée unique, et pendant près de trente ans la santé est restée bonne, à part la gêne apportée par l'existence d'hémorrhoïdes, peu volumineuses d'ailleurs. Pendant les dernières années, le jet de l'urine avait cependant quelque peu diminué de volume.

Il y a deux ans, au commencement de 1885, le malade s'aperçut qu'il rendait du pus par l'anus au moment de chaque défécation. Cet écoulement dura près de deux mois, puis cessa spontanément. Quelques mois se passèrent sans incident nouveau, quand, au mois de septembre suivant, il remarqua sur la partie latérale droite de l'anus un gonflement douloureux qui augmenta peu à peu. C'était un abcès qui fut ouvert en ville ; l'incision ne se referma pas complètement, et il s'établit dès lors un trajet fistuleux. A la même époque, on pratiqua une seule fois le cathétérisme ; il est difficile de savoir quels instruments ont été employés et dans quel but cette manœuvre fut faite.

Au mois de janvier 1886, le malade essaya, pour je ne sais quelles raisons, de se suicider, et se porta un coup de couteau au cou. Il fut conduit alors à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Nicaise, qui, après la cicatrisation de sa plaie, s'occupa de sa fistule anale restée perméable. M. Nicaise agrandit l'orifice, fit un grattage de tout le trajet et appliqua des pansements rigoureusement antiseptiques. Malgré tout, la guérison fut lente, et le malade sortit le 6 mars, conservant encore une fistule.

Cet état resta sans modifications jusqu'en décembre 1886, époque à laquelle la défécation devint un peu gênée; le volume des matières avait déjà diminué. En quelques semaines, la douleur s'accrut, et, au mois de janvier 1887, apparut un nouvel abcès à gauche du périnée, mais dans une zone beaucoup plus antérieure, tout-à-fait à la racine des bourses. Tourmenté par une douleur constante, quoique rarement très vive, le malade rentra à l'hôpital Laënnec, où j'étais alors à la tête du service de chirurgie. On voyait sur la partie latérale gauche du périnée, très peu en arrière du scrotum, une bosselure assez considérable, peu saillante et sans limitation précise, dont la mollesse et l'empâtement périphérique révélaient la nature : c'était un abcès. Plus en arrière, à droite, tout près de l'orifice anal, existait toujours l'orifice fistuleux dont j'ai parlé. Un stylet qu'on y engageait s'avançait facilement dans la poche du côté gauche, en traversant le raphé médian, et où on sentait l'extrémité à travers la peau. Par contre, il était impossible de constater la présence de cet instrument par le rectum ; en y introduisant le doigt, on le sentait séparé du trajet fistuleux par une grande épaisseur de tissus.

L'abcès était évident ; il était nécessaire d'en rechercher l'origine. Or, ces sortes de collections qui viennent pointer au périnée, au-devant de l'anus, appartiennent à trois variétés bien différentes. Les unes sont des abcès dits de la marge de l'anus et sont produits par une lésion du rectum ou de l'anus. Il existe des abcès par congestion qui sont produits par une lésion osseuse, le plus souvent une affection de la colonne ou de l'os iliaque. Enfin, en troisième lieu, sont les abcès qui prennent naissance à la suite d'une inflammation d'une partie des organes génito-urinaires.

La première variété fut facile à éliminer ; il n'existait aucune affection anale autre que des bourrelets hémorrhoïdaux

qui n'avaient donné lieu à aucun trouble sérieux. Rien d'inflammatoire non plus du côté du rectum, et si le toucher révélait des particularités intéressantes, sur lesquelles nous reviendrons bientôt, du moins sous la muqueuse, ne percevait-on aucune sensation qui pût faire croire à un abcès.

Tout le squelette fut examiné ; aucune déformation, aucune douleur sur un point quelconque ne vint déceler le point de départ d'un abcès ossifluent.

L'abcès avait donc pris naissance dans l'appareil génito-urinaire; les testicules, les épididymes étaient sains. Un léger épanchement dans la tunique vaginale du côté gauche n'avait pas de signification précise. Du côté de l'urèthre, on rencontrait, au niveau de la région bulbaire, un rétrécissement serré qui n'admettait qu'un no 8. Les abcès prostatiques développés sous l'influence de rétrecissements ne sont pas rares et, chez mon malade, il devenait probable que nous avions là la cause des suppurations répétées; le toucher rectal devait compléter nos renseignements.

Le doigt, introduit dans le rectum, rencontrait en effet des altérations importantes ; on sentait, à une petite distance de l'anus, que le calibre du rectum était très notablement rétréci par la présence d'une bride épaisse occupant toute la périphérie de l'intestin ; plus saillante en avant, elle constituait une sorte de valvule semi-lunaire. Cet épaississement existait au niveau de la base de la prostate; en recherchant cette glande avec le doigt, on n'en retrouvait plus de trace, mais seulement une induration fibreuse, sans rien qui rappelât le relief qui forme la prostate à cet âge.

Le diagnostic de rétrécissement du rectum s'imposait; il n'était pas douteux non plus que le malade eût eu, en même temps ou auparavant, une suppuration prostatique, on plutôt périprostatique, dont on trouvait l'indice dans l'issue du pus par l'anus, qui avait eu lieu à plusieurs reprises pendant deux mois environ. Contre ce diagnostic rétrospectif, on ne peut objecter ce fait qu'on n'a jamais trouvé de pus dans l'urine; car vous savez que certains abcès développés dans la prostate, et surtout en arrière de cette glande, parcourent toutes leurs phases sans jamais se mettre en communication avec les voies d'excrétion de l'urine. Il est donc évident qu'une suppuration plus ou moins prolongée a envahi la prostate, a cheminé peu à peu vers l'intestin et a produit des adhérences du rectum avec les tissus sous-jacents. Le pus s'est vidé lentement, et pendant son contact prolongé avec les tissus, il a déterminé cette induration et cet épaississement; l'élimination du tissu glandulaire détruit a eu lieu par la même voie et explique pourquoi on ne trouve plus aujourd'hui de trace de la prostate.

Le traitement que j'employai à l'hôpital Laënnec fut de pratiquer une incision du trajet dans toute l'étendue du décollement à l'aide du thermocautère. Un tamponnement fut fait avec de la gaze iodoformée et renouvelé les jours suivants. La cicatrisation marcha régulièrement, mais il resta un petit orifice fistuleux. En même temps, je m'occupai du rétrécissement de l'urèthre que je traitai par la dilatation progressive et que je conduisis à admettre un no 21. Un petit orifice fistuleux persistait encore quand le malade sortit, au bout de quelques semaines.

La guérison ne fut jamais obtenue et, le 12 septembre dernier, notre malade revenait me trouver à l'hôpital Necker. L'aspect du périnée n'a pas changé; à droite, et un peu en avant de l'anus, on retrouve l'orifice fistuleux entouré de bourrelets peu saillants. Un stylet pénètre à 4 ou 6 centimètres, mais dans une direction toute différente de celle que j'avais constatée autrefois. Aujourd'hui, c'est vers le rectum que l'instrument est conduit : le doigt, introduit dans l'anus, le rencontre facilement et n'en est séparé que par une petite épaisseur des tissus. Les caractères de la fistule sont donc bien changés depuis le séjour à Laënnec : le trajet est en contact direct avec l'intestin.

Les lésions de rétrécissement rectal sont elles-mêmes modifiées et beaucoup plus prononcées. Il existe une bride circulaire dure et saillante au niveau de la base de la prostate, bien plus développée en avant; cet épaississement partiel est disposé en forme de croissant dont la partie centrale et médiane est de beaucoup la plus épaisse. Quant à la prostate elle-même, on n'en trouve plus aucun vestige.

Une suppuration prostatique amenant un rétrécissement du rectum est un fait intéressant, car il est des plus rares, et je ne me souviens pas de l'avoir jamais vu signalé. J'ai pourtant été à même d'observer un autre fait de même nature l'année dernière, à l'hôpital de la Pitié, où je suppléais le professeur Verneuil.

Bien que je n'aie pas l'observation sous les yeux, je me rappelle qu'il s'agissait d'un vieillard atteint de lésions très considérables de l'appareil urinaire. Il avait de la cystite, des hématuries répétées et de longue date, si bien qu'on pensait au premier abord à une affection grave de la vessie. Or, il était porteur d'un rétrécissement rectal se présentant sous un aspect tout-à-fait semblable à celui que je vous signalais tout-à-l'heure. Un abcès de la prostate avait produit la fonte purulente de cette glande, dont on ne retrouvait plus la trace. Mais, à ce niveau, on sentait un rétrécissement annulaire du rectum. Le tissu prostatique était remplacé par du tissu fibreux qui s'était peu à peu condensé au-dessous de la muqueuse rectale; celle-ci était saine et mobile sur toute la périphérie.

Il y a lieu de se demander, en présence de ces observations, si la tuberculose n'a pas joué un rôle. Je suis porté à croire qu'on peut répondre ici par la négative. A considérer l'état général, on ne trouve pas d'amaigrissement, ni aucun des symptômes qui dénotent une tare de l'organisme : le malade ne tousse pas ; les épididymes et les testicules ne présentent pas de bosselures. Donc, aussi bien d'après l'examen attentif des symptômes que par exclusion, on est amené à admettre la pathogénie que j'ai indiquée.

Le traitement que je vais appliquer aujourd'hui sera différent de celui que le malade a subi à Laënnec, car les circonstances sont nouvelles. On ne peut plus suivre la même ligne de conduite que pour un abcès ordinaire; l'induration des tissus, la longueur et l'ancienneté du trajet, sa proximité du rectum, ne permettent plus de croire que les parois du foyer pourront se réunir et s'accoller. C'est du côté du rectum que je veux l'attaquer ; je vais me comporter comme s'il s'agissait d'une fistule à l'anus, et j'inciserai toute la paroi rectale à l'aide du thermocautère. Cette manœuvre me permettra d'obtenir en même temps un autre résultat et de sectionner la bride qui constitue le rétrécissement rectal.

P.-S. — L'opération a été pratiquée le 19 septembre, comme M. Kirmisson l'avait indiqué. Une sonde cannelée introduite dans le trajet remonta le long du rectum, bien au-dessus de la bride fibreuse, jusqu'à 7 à 8 centimètres de l'anus; les

tissus furent incisés peu à peu à partir de l'anus, la sonde cannelée permettant par un mouvement de hascule d'attirer vers l'orifice anal les tissus profonds que le thermocautère divisait. Le saignement fut insignifiant.

CANCER DU LARYNX

Tumeurs polypeuses et papillaires du larynx. — Asphyxie imminente. — Laryngotomie thyroïdienne, par M. E. Kœberlé. Communication faite à la Société de médecine de Strasbourg le 1er décembre 1887. (Cette observation a été publiée en partie par M. le docteur Schwebel, de Barr (Alsace), dans sa thèse inaugurale en 1866.) (1)

Le nommé Frœly, âgé de 57 ans, serrurier, contre-maître dans une fabrique de balances à bascule, à Strasbourg, était affecté depuis sept à huit mois d'aphonie, puis de gêne de la respiration et de difficultés dans la déglutition. Pas d'antécédents syphilitiques. Antérieurement, santé toujours bonne, sauf une variole en 1848.

Le docteur P. Aronssohn examina le malade le 27 mai 1865. L'examen au laryngoscope ne put être fait que d'une manière incomplète, à cause de l'extrême sensibilité de l'arrière-bouche, qui ne permit de laisser le miroir en place que pendant un temps très court. On constata l'existence d'une lésion laryngée caractérisée par : 1o « l'œdème des replis aryténo-épiglottiques et l'ulcération du bord libre de la corde vocale inférieure gauche; 2o la corde vocale droite a disparu ; sa région est le siége d'un gonflement considérable, d'aspect condylomateux ; 3o l'ouverture glottique, irrégulière, déviée vers la gauche, d'arrière en avant, est rétrécie ; ses mouvements à l'inspiration et à l'expiration sont presque nuls. »

Les accès de suffocation allèrent en augmentant. Je fus appelé dans les premiers jours de juin et je constatai l'état suivant : depuis cinq jours dyspnée suffocante au point d'empêcher le malade de rester couché et de le priver de sommeil ; asphyxie imminente, anémie, catarrhe bronchique, facies cyanosé, aphonie complète.

Je vis le malade le soir et pratiquai le lendemain, le 13 juin, la laryngotomie thyroïdienne, en présence de MM. P. Aronssohn, G. Lévy et Rumbach.

Le malade ne put être chloroformé à cause de l'asphyxie qui était imminente. On incisa les parties molles sur la ligne médiane, de manère à mettre le cartilage thyroïde et la membrane crico-thyroïdienne bien à découvert, on fit la ligature des deux veines et on attendit jusqu'à ce que tout suintement sanguin des lèvres de la plaie eût cessé. La tête du malade fut alors placée sur le côté droit, dans une situation très déclive, afin que le sang n'eût aucune tendance à pénétrer dans la trachée et s'écoulât naturellement à l'extérieur. J'introduisis alors rapidement par une simple pression la branche mousse de ciseaux ordinaires dans la membrane crico-thyroïdienne et fis la section du cartilage thyroïde sur sa crête saillante. Cette section, malgré l'ossification complète du cartilage qui existait chez ce malade, fut très facile. Immédiatement les deux parties latérales du cartilage thyroïde furent écartées avec effort avec les doigts de manière à entr'ouvrir largement le larynx et à prolonger par déchirure l'incision dans le sens des fibres longitudinales du ligament hyo-thyroïdien.

A peine le larynx fut-il ouvert que la respiration se fit facilement ; le malade, très soulagé, put alors rester dans la position qu'on lui avait donnée et la conserver jusqu'à ce que la tumeur fût enlevée. Les deux moitiés du cartilage divisé furent tenues écartées au moyen de pinces à crochets. On se servit d'une pince à pansement très excavée à l'extrémité et tranchante sur le bord pour enlever la tumeur par fragments; elle faisait saillie entre les lèvres de la plaie sous forme d'une excroissance de la grosseur d'une noix. Sa hase étant très large, on n'aurait pu ni en lier le pédicule, ni le sectionner d'un seul coup.

La tumeur principale occupait toute l'étendue de la corde vocale inférieure droite. Le cartilage thyroïde fut mis complètement à découvert à sa face interne, par suite de l'ablation de la production morbide. D'autres tumeurs plus petites, et dont quelques-unes étaient pédiculées, étaient implantées sur la muqueuse laryngienne, surtout en arrière. La corde vocale inférieure du côté gauche offrait une érosion en deux endroits autour desquels existaient également quelques petites végétations. On enleva les excroissances peu à peu jusque dans les tissus sains. L'hémorrhagie fut assez abondante, mais le sang qui s'écoula pendant ce temps de l'operation ne put s'introduire dans la trachée, vu la position du malade. L'examen de la tumeur au microscope montra qu'on avait affaire à une tumeur papillaire (épithélioma). Le papillome, l'épithéliome, d'une structure analogue aux verrues, ordinairement localisés et d'une nature bénigne, deviennent facilement malins, carcinomateux, en envahissant les tissus voisins. Comme le malade était très fatigué, on se décida à terminer le lendemain l'opération par la cautérisation de la surface d'implantation des végétations papillaires, afin d'en détruire profondément toutes les traces. A l'angle supérieur de chaque moitié du cartilage thyroïde ossifié, on fora un trou dans lequel on introduisit un fil de soie. Pour maintenir le larynx entr'ouvert, j'avais préparé d'avance un fil d'acier en forme de fer à cheval, recourbé à ses extrémités ; les fils de soie, qui passaient à travers le cartilage, furent attachés à ses extrémités. Le fil d'acier faisait office de ressort et tendait à écarter continuellement les bords de la solution de continuité. On pouvait faire varier l'écartement en donnant au fil d'acier une courbure plus ou moins grande. Une tranche d'éponge humide fut placée au devant de la plaie.

Les cautérisations auxquelles on procéda le lendemain furent faites au moyen du nitrate acide de mercure, à l'aide d'une baguette en bois légèrement imbibée de caustique. On eut soin qu'il n'en pût pénétrer dans la trachée, en épongeant la plaie après chaque cautérisation. On fut obligé d'y revenir à plusieurs reprises pour éviter toute repullulation du papillome.

Les fils laissés dans le cartilage thyroïde déterminèrent une nécrose partielle autour du trou par lequel ils passaient. Après la chute de la partie nécrosée, qui eut lieu trois semaines après l'opération, on plaça à demeure dans la plaie une canule droite, aplatie latéralement. Cette canule mesurait 15 millimètres dans son diamètre longitudinal et 10 millimètres dans son diamètre transversal. Sa longueur était de 15 millimètres et son extrémité interne ne faisait qu'affleurer dans la cavité laryngienne. La plaie resta longtemps blafarde, mais

(1) Alfred Schwebel. *Laryngotomie thyroïdienne.* Thèse de Strasbourg, 20 février 1886.

peu à peu la cicatrisation se fit aux deux extrémités, et bientôt il ne resta plus que l'ouverture qui livrait passage à la canule.

Comme le malade respirait parfaitement par les voies naturelles, la canule n'avait d'autre but que de maintenir une ouverture permanente qui permît de voir l'intérieur du larynx et de détruire au besoin les végétations qui auraient pu repulluler. L'opéré portait encore onze mois après l'opération cette même canule, qui est toujours restée bouchée. La canule était légèrement renflée à son extrémité interne, de manière à se maintenir spontanément dans la plaie. En dehors existait un rebord.

La réaction à la suite de l'opération fut insignifiante. Il ne survint aucun accident du côté de la plaie, mais cependant la cicatrisation fut lente, vu l'état du malade qui était très anémique. Cet état s'améliora sensiblement sous l'influence du traitement auquel il fut soumis.

M. Moura-Bourouillou examina l'opéré au laryngoscope au commencement de juillet, et porta sur les suites de l'opération un pronostic favorable.

Différentes complications survinrent dans le cours du traitement. A la fin de septembre, à la suite d'un refroidissement, le malade eut une pleurésie du côté gauche, qui mit pendant plusieurs jours sa vie en danger; en décembre il survint une diphtérite, qui envahit la peau du cou au-dessous de l'ouverture laryngienne. On réussit à l'arrêter au moyen de lotions de chlorate de potasse et d'applications de teinture d'iode.

Deux mois après l'opération, le malade avait repris ses occupations; il respirait librement, et quoiqu'il fût resté aphone, il se faisait très bien comprendre en parlant à voix basse. Par suite des cautérisations étendues qu'on a dû pratiquer au niveau du cartilage cricoïde et jusque sur la trachée, il était survenu un certain degré de rétrécissement qui n'entravait pas, du reste, la respiration. La déglutition n'était pas gênée.

Cet état se maintint pendant environ un an. De temps en temps je dus pratiquer des cautérisations sur divers endroits où de nouvelles végétations se produisirent spontanément, au-dessous du larynx, en des points éloignés des parties primitivement opérées. Il fallut alors, pour maintenir un calibre suffisant aux voies aériennes rétrécies, remplacer la canule droite qui aboutissait dans la cavité laryngienne par une canule courbe, en alliage très malléable d'étain et de plomb, que l'on pouvait aisément adapter à la forme de l'ouverture artificielle. Cette canule, que j'avais confectionnée moi-même, ainsi que la première, était obturée également à l'extérieur par un bouchon. Elle pénétrait dans la trachée en traversant le cartilage tricoïde, dont le rétrécissement tendait à se prononcer de plus en plus et dont la moitié droite avait dû être enlevée en grande partie par des pinces coupantes ou être détruite par des cautérisations.

Toutefois le malade pouvait respirer par les voies aériennes naturelles par l'ouverture que la canule présentait sur sa convexité dans la direction du pharynx, ce qui lui permettait toujours de se faire comprendre à voix basse. Il débouchait la canule au dehors lorsqu'une mucosité venait l'obstruer et il pouvait ainsi la nettoyer facilement sans l'enlever; mais cette canule était mal supportée; le mucus trachéal l'obstruait très souvent. Le malade était obligé de la retirer par intervalles et de la remplacer par la canule droite. Je songeais alors à faire l'ablation totale du larynx, *que le malade avait proposée lui-même*, en me disant : « Ne pourriez-vous pas m'exciser mon tube aérien rétréci et malade et me le remplacer par un conduit métallique? » Mais l'examen attentif de la trachée à l'aide d'une sonde, munie d'un renflement à son extrémité, fit reconnaître l'existence de végétations multiples à une profondeur de 7 à 8 centimètres, jusqu'au-dessous du sternum, vers la bifurcation de la trachée. Les glandes lymphatiques de la base du cou étaient manifestement tuméfiées.

L'extirpation du larynx est une opération peu grave au point de vue chirurgical, lorsque l'affection du larynx est nettement limitée au larynx et ne s'étend ni à la base de la langue, ni vers la profondeur de la trachée, ni aux glandes lymphatiques. Mais dans les cas contraires elle est dangereuse et inutile au malade. Je dus par conséquent me borner soit à des cautérisations, soit à des ablations partielles des masses papillaires exubérantes qui tendaient à obstruer de plus en plus la trachée où la dégénérescence cancéreuse tendait à s'établir d'une manière manifeste, car il n'y avait pas eu de récidive dans le larynx même. Bientôt il survint de la dyspnée trachéale. L'état général du pauvre opéré déclina rapidement, et il succomba sous l'influence des progrès de l'asphyxie déterminée par le rétrécissement des voies respiratoires produit par le développement excessif des végétations papillaires dans la profondeur de la trachée, le catarrhe trachéal et l'affaiblissement progressif.

Cette observation offre de remarquable :

1° Le procédé opératoire (laryngotomie d'emblée sans trachéotomie);

2° La position du patient pendant le cours de l'hémorrhagie (situation déclive du larynx pour éviter l'introduction du sang dans les voies aériennes);

3° Les soins consécutifs (procédé de dilatation permanente de l'incision, pendant trois semaines, au moyen d'un fil d'acier courbé attaché de chaque côté au cartilage divisé, puis maintien d'une ouverture permanente destinée à faciliter les cautérisations ultérieures en cas de besoin, au moyen d'une canule à demeure obturée).

Jusqu'alors la trachéotomie avait été pratiquée soit avant la laryngotomie, soit après, dans le but de remédier à la suffocation ou d'entretenir la liberté de la respiration après l'opération.

En suivant mon procédé, la respiration peut être librement entretenue; on n'a pas à redouter d'irritation trachéale par suite de la présence d'une canule dans la trachée; les lésions sont moins étendues et moins compliquées, surtout si le lobe moyen de la glande thyroïde est volumineux; le larynx est très largement ouvert, et l'on peut enlever les végétations jusque dans la trachée.

Lorsque les végétations papillaires occupent une surface étendue, le maintien d'une ouverture permanente est de toute nécessité. Ordinairement les végétations repullulent, et il importe de pouvoir les détruire facilement, à mesure qu'elles se reproduisent, sans tourmenter inutilement les malades par des instruments introduits par la bouche.

Les renseignements précis manquent en général sur l'état ultérieur des opérés. L'affection a presque constamment récidivé. Quelque satisfaisant que soit l'état d'un opéré, on ne peut pas considérer la guérison comme étant définitive avant une année au moins.

Les opérations de laryngotomie dans les cas d'excroissances polypeuses ou verruqueuses du larynx étaient assez rares

avant 1865. On en comptait alors environ 20 cas. Les deux tiers de ces opérations avaient été faites pendant les cinq années précédentes. Les premières opérations remontent à 1883 (Braners) et à 1844 (Ehrmann). La laryngotomie tend à être pratiquée plus fréquemment, grâce au laryngoscope, par suite de la précision qu'on a pu apporter au diagnostic des affections du larynx. A. Ehrmann, médecin en chef de l'armée du Mexique et de l'armée de Metz, fils du vénérable doyen de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg, auquel revient l'honneur d'avoir obtenu le premier un succès complet dans la laryngotomie thyroïdienne, en 1844, dans un cas de polype muqueux du larynx, avait dès 1842 (A. Ehrmann : des *Polypes du larynx*. Strasbourg, 1842) proposé dans ce but l'usage « d'un petit miroir, pareil à ceux dont se servent les dentistes ». On voit par là que l'idée des instruments de Garcia (1885), de Czermak (1858), remontait déjà à plusieurs années.

L'idée première de l'extirpation du larynx, qui a été pratiquée avec succès en 1873 par le professeur Billroth, est due à un pauvre serrurier de Strasbourg. Je n'ai jamais pratiqué cette opération. Je n'en ai eu que l'intention, si les circonstances avaient été favorables. Depuis, le public et le monde médical m'ont fait spécialiste pour les maladies de femmes, parce que je réussissais peut-être mieux que d'autres à ouvrir leur ventre et à tailler ou couper ce qu'il renferme. On a décidé que j'étais devenu incapable d'autres opérations plus simples. Je ne m'en plains pas, d'autant plus qu'actuellement il n'y a plus guère de mérite à réussir mieux qu'un autre n'importe quelle opération.

Si divers journaux n'avaient pas fait mention du cas précédent, en en rapportant inexactement divers points, je n'aurais probablement jamais songé à le publier, ainsi que d'autres opérations, également intéressantes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à la chirurgie des poumons.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro

II. *Observation de Zielewicz.* — Un garçon de 15 ans avait été affecté d'une pneumonie secondaire dans le cours d'une rougeole. Trois mois plus tard, en examinant le malade, M. Zielewicz constata l'existence d'un épanchement pleural enkysté, à contenu fétide. Il reséqua les sixième et septième côtes pour donner issue au pus. Après avoir lavé l'excavation, il l'examina à l'aide d'un réflecteur. Il découvrit à la surface du poumon un petit orifice ayant les dimensions d'un pois, d'où s'échappait un pus sanguinolent. En se servant d'un bistouri allongé, il procéda à l'élargissement de cet orifice, et put ensuite introduire le petit doigt. Il pénétra ainsi dans une excavation du volume d'une noix, creusée dans le lobe inférieur du poumon gauche. L'ouverture fut tamponnée avec une bandelette de gaze iodoformée et aglutinative dont l'extrémité libre fut fixée au dehors de la cavité thoracique. La cavité de l'empyème fut tamponnée de la même façon. Puis un bandage fait avec de la gaze au chlorure de sodium et au sublimé fut appliqué sur tout le thorax, avec une couche de ouate par-dessus. Guérison en l'espace de huit semaines.

III. *Observation de Zielewicz.* — Un homme de 30 ans, atteint d'une pleurésie purulente avec épanchement fétide, avait subi une thoracotomie. Trois semaines plus tard, l'incision s'était rétrécie au point de ne plus livrer accès à un drain, d'où rétention de pus et fièvre. M. Zielewicz réséqua la septième côte, pratiqua un lavage de la cavité pleurale et procéda ensuite à une exploration digitale de la surface du poumon. Il tomba sur une dépression qui, examinée sous un éclairage suffisant, avait toute l'apparence d'un résidu d'abcès pulmonaire en voie de guérison et ayant été le point de départ de l'empyème. Six semaines plus tard, le malade était complètement guéri. L'auteur ajoute qu'il n'est pas fixé sur la question de savoir si chez son malade l'abcès pulmonaire était ou non compliqué de gangrène, que de toutes façons ce cas rentre dans la catégorie de ceux où la guérison d'un foyer de suppuration pulmonaire a eu lieu par une intervention chirurgicale qui fut, à la vérité, tentée par voie indirecte.

M. Rochelt a publié quatre autres faits du même genre. Dans l'un s'est présentée la complication (*gangrène*) dont il vient d'être question. Voici la relation abrégée de ce cas :

IV. (*Observations de Rochelt*). — *a.* Un homme de 30 ans, très adynamisé, était consumé par une forte fièvre ; il expectorait une grande quantité de crachats fétides. En outre, il était affecté d'une pleurésie purulente à gauche, et il rendait du pus par une fistule thoracique. Enfin, toujours du côté gauche, on percevait des signes d'une excavation profonde. Malgré l'état relativement satisfaisant de la cavité de l'empyème, la fièvre persistait. M. Rochelt se décida à élargir l'ouverture fistuleuse. Il put ainsi atteindre avec le doigt une excavation pulmonaire. Il incisa cette cavité à l'aide d'un bistouri ; il se fit une hémorrhagie abondante, et en même temps des matières très fétides s'échappèrent de l'excavation. Tamponnement de la cavité avec de la ouate iodoformée. Le lendemain, le tampon fut enlevé ; on fit un lavage de l'excavation. Le liquide, en refluant, entraîna des lambeaux de parenchyme pulmonaire nécrosé et des détritus noirâtres. La cicatrisation de l'excavation pulmonaire était achevée en l'espace de quatre semaines. En l'espace de trois semaines le malade avait augmenté de quatorze livres.

M. Rochelt a ajouté que s'il se trouvait encore en présence d'un cas semblable, il procéderait à une résection de côtes, pour ensuite pouvoir ouvrir l'excavation pulmonaire avec le cautère Paquelin.

Le même auteur a fait deux autres tentatives de pneumotomie dans des cas d'*abcès du poumon*, qui toutes deux ont abouti à un échec et sont précisément de nature à suggérer cette conclusion, que pour opérer sûrement et en toute connaissance de cause, il faut, quand on juge opportun de pratiquer une pneumotomie, inciser largement la paroi thoracique :

b. — Chez un premier malade qui présentait les signes d'un abcès du lobe inférieur du poumon gauche, M. Rochelt a tenté d'évacuer le pus par le moyen d'une ponction. Cette tentative échoua ; le malade s'opposa à ce qu'elle fut renouvelée. Il succomba, et à son autopsie on trouva dans le lobe inférieur du poumon gauche deux abcès du volume d'un poing, dont la paroi était constituée par une membrane épaisse, ferme, reliée à la plèvre costale par des adhérences lâches ; la ponction n'avait fait que refouler cette membrane, sans l'entamer.

c. Chez un autre malade, un abcès volumineux des poumons fut largement incisé à travers la paroi thoracique, puis

drainé. Le malade succomba d'épuisement, une semaine après l'opération. L'abcès pulmonaire, très volumineux, communiquait à travers le diaphragme avec un abcès du foie.

M. Rochelt a été plus heureux dans un cas de bronchiectasie, où il fut amené à pratiquer en quelque sorte accidentellement l'incision de la cavité bronchiectasique. Voici un résumé de cette observation :

d. Un homme de 54 ans était affecté d'un catarrhe pulmonaire chronique ; son état général était très satisfaisant. On ne découvrait point de bacilles de la tuberculose dans ses crachats. A droite, on percevait les signes d'une vaste excavation située dans le lobe inférieur. Au mois de mars 1883, cet homme contracta une pleurésie à droite. Une ponction exploratrice donna issue à du pus. On procéda à la thoracotomie avec résection costale. Deux jours apres, en explorant la plaie avec le doigt, on tomba sur un endroit où l'on percevait de la fluctuation. On fit en ce point une application du cautère Paquelin, et on put pénétrer avec le doigt dans une excavation à paroi lisse, du volume d'un œuf de poule, dont on retira une grande quantité de pus. Au bout de cinq semaines, le malade était rétabli ; il toussait beaucoup moins. La guérison s'est maintenue.

Nous constatons, en somme, que sur cet ensemble de 7 cas d'abcès des poumons avec ou sans gangrène, ou de bronchiectasies simples, opérés par la pneumotomie, 2 se sont terminés par la mort, 3 par la guérison et 2 par une amélioration durable, avec acheminement vers la guérison. Les faits antérieurs du même genre, réunis par M. Truc dans son travail, se décomposent ainsi au point de vue du mode de terminaison :

Amélioration............	1 fois.
Voie de guérison........	3 —
Guérison..............	6 —
Mort..................	8 —
Total.......	18

Pris en bloc, ces faits sont donc très encourageants.

En fait de contre-indications formelles de la pneumotomie, dans les cas d'abcès du poumon, M. Truc a mentionné, en dehors de l'incertitude du diagnostic, l'absence d'adhérences pleurales au niveau de la collection purulente. L'observation de Quincke prouve que le chirurgien peut, d'une façon sûre et inoffensive, écarter cette contre-indication et provoquer des adhérences pleurales, par le procédé en usage pour provoquer des adhérences péritonéales lorsque, par exemple, il veut opérer un abcès du foie. Cela vaudra évidemment mieux que de suivre la conduite proposée par M. Truc : se servir de l'aiguille exploratrice comme d'un conducteur, inciser les tissus sains au thermocautère pour éviter l'hémorrhagie pulmonaire et si le pus tombait dans la plevre, pratiquer immédiatement l'opération de l'empyème.

Relativement à l'intervention chirurgicale dans les cas de gangrène pulmonaire, M. Truc est arrivé à cette conclusion, qu'ici les résultats de la pneumotomie sont moins favorables que dans les cas d'excavations simples. En effet, sur un ensemble de 13 cas réunis par M. Truc dans son travail, il y a eu :

Amélioration............	2 fois.
Voie de guérison:.........	2 —
Guérison complète........	3 cas.
Mort....................	6 —

Enfin, pratiquée dans des cas de cavernes tuberculeuses, la pneumotomie a donné des résultats qu'on peut qualifier de désastreux, comme d'ailleurs on devait s'y attendre. Les faits, au nombre de 13, recueillis par M. Truc, accusent une mortalité *post-opératoire* de 50 %, avec une survie moyenne de quarante-six jours ; « l'amélioration obtenue quelquefois a été fugitive et purement symptomatique ». Une observation publiée postérieurement au travail de M. Truc, par M. Prengrueber, et qui a fait grand bruit dans la presse médicale et politique, n'est point faite pour atténuer cette appréciation. En effet, le malade chez lequel M. Prengrueber a pratiqué la pneumotomie pour soumettre une caverne tuberculeuse des poumons à des lavages antiseptiques, est mort au moment où son cas faisait naître les plus brillantes espérances sur le rôle à venir de l'intervention chirurgicale dans le traitement de ce genre de lésions. Nos lecteurs trouveront une relation détaillée de ce fait, dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES (1886, n° 42, p. 371).

Une nouvelle tentative du même genre a été faite depuis, et avec succès, par un chirurgien italien, M. Casini. Voici en substance la relation de ce fait :

V. (*Observation de M. Casini*).— Un homme de 40 ans entra à l'hôpital au mois de mars 1886 ; il descendait de parents sains, mais un de ses fréres était mort tuberculeux. Il avait eu une pleuro-pneumonie droite, une dizaine d'années auparavant. Depuis lors, il était sujet à des douleurs dans le côté droit, à des mouvements de fièvre accompagnés de toux et d'une expectoration sanguinolente. Au mois de décembre 1885, le malade se fit appliquer une sangsue à l'endroit douloureux. Au siège de la piqûre, il se forma une petite ulcération, qui fut incisée par un médecin ; du pus s'échappâ à travers l'incision. Le lendemain, fièvre, expectoration muco-purulente, qui allèrent en augmentant. Sueurs, amaigrissement, diarrhée, etc. Signes physiques d'une caverne, paraissant s'étendre du 3° au 5° espace intercostal. Bacilles, en petit nombre, dans les crachats.

M. Casini, partant de l'idée qu'il s'agissait d'une infection récente, qu'on aurait dès lors des chances d'enrayer le mal en procédant à la désinfection directe de l'excavation, se décida à résèquer la 5° côte. Il mit à nu une caverne, y fit des lavages avec une solution de sublimé au 1/1000°, et en saupoudra les parois avec de l'iodoforme. L'expectoration diminua, ainsi que la fièvre ; au bout de dix jours, le malade ne rendait plus que des crachats muqueux, qui ne renfermaient plus de bacilles. Au bout de quinze jours, il n'avait plus de fievre. Le malade s'est rétabli, et la guérison se maintenait à l'époque où fut publiée cette observation.

Reste à savoir si cette guérison ne se réduira pas à une amélioration plus ou moins passagère. En tout état de cause, ce cas unique ne saurait infirmer la règle posée par M. Truc, comme quoi la pneumotomie ne doit être pratiquée chez les tuberculeux que dans des circonstances exceptionnelles, par exemple lorsqu'il existe une hyperthermie par rétention des produits cavitaires chez un sujet dont l'état général est encore relativement très bon, et chez lequel, ajouterons-nous, la lésion pulmonaire est bien circonscrite.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

Étude sur une bactérie septique de la vessie, par M. S. Clado. — Th. de Paris, 1887.

L'urine des malades atteints de cystite renferme de nombreux micro-organismes dont un, inoculé dans le tissu cellulaire ou le péritoine de la souris, ne tarde pas à produire la mort. Non décrit jusqu'à cette heure, l'auteur nous apprend comment il se développe dans les milieux de culture, tels que la gélatine-peptone, l'agar-agar, l'uro-gélatine, le bouillon, la pomme de terre, les organes de l'animal. Nous assistons ensuite aux désordres produits par son inoculation. Cette opération, la plus minutieuse entre toutes, qui demande la plus grande antisepticité, pourrait être réussie avec moins de soins, car la violence des résultats obtenus est telle, que d'autres microbes introduits en même temps dans l'économie de l'animal, n'ont pas le temps d'agir pour y produire des lésions.

Dans les premiers jours de l'ensemencement, la bactérie septique conserve sa forme en bâtonnet; une ou deux semaines après on trouve à côté des micro-organismes qui ont leur longueur initiale, d'autres plus longs, auxquels s'adjoignent au bout d'un mois environ, de petits corps de forme ovoïde, vraisemblablement des spores, en raison de leur résistance à de hautes températures. Et ce qui enlève tout doute, c'est que leur transplantation reproduit la culture pure.

La coloration de ces bâtonnets se fait par la méthode ordinaire, avec des variantes suivant que l'examen porte sur les cultures, le sang ou les tissus.

Nous ne dirons pas autre chose de ce consciencieux travail, dont la lecture s'impose à celui qui veut se tenir au courant des découvertes bactériologiques.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

Le Journal officiel vient de publier la 97e liste de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur. Elle s'élève à la somme de 24.421 fr. 05, ce qui donne un total à ce jour de 1.914.947 francs 54 centimes.

— Russie. — Le docteur Tirioutine fait une communication intéressante au sujet de l'infection rabique après morsures de loups enragés.

Vers le milieu de février 1886, un loup enragé traversait le village d'Ougol le soir, et mordait une quantité de bestiaux et de chiens. Il entra par la fenêtre d'une izba dont il mordit le propriétaire. Ce dernier mourut au bout de trois mois de la rage, et dans un de ses accès, mordit sa femme, son frère et son neveu. Tous sont restés vivants et bien portants.

A trois verstes de là, au village de Barcha, le même loup, quelques minutes après avoir quitté Ougol, mordit trois personnes et quelques chiens, dont l'un mourut de rage au bout de deux semaines, après avoir mordu un garçon et une jeune fille : ces cinq personnes sont encore bien portantes. Continuant sa course, le loup mordit à deux verstes plus loin, au village d'Enacbe, un jeune homme qui mourut quarante-trois jours après. A Tzvirchi, autre village situé à trois verstes du précédent, ce même loup mordit encore une jeune femme (graves blessures à la tête et forte hémorrhagie); cette femme fut longtemps malade, mais se porte très bien aujourd'hui. Enfin, au village d'Iprali, à quatre verstes de Tzvirchi, ce même loup, et le soir même, mordit encore cinq personnes dont une seule est morte de rage, les autres restées bien portantes.

Il y eut donc ainsi onze personnes mordues par ce loup, trois par un homme en accès de rage, qui sont restées bien portantes, tandis que trois des premières moururent enragées. Aucun des mordus ne fut soumis à un traitement quelconque. Le docteur Tirioutine rappelle à ce propos un cas analogue survenu en 1881 dans le gouvernement de Koutaïs, où un loup enragé mordit seize personnes dont trois moururent seulement, et dont les treize autres sont restées saines et sauves, sans avoir jamais subi aucun traitement.

Ces deux cas donnent en tout vingt-sept personnes mordues par des loups enragés et six morts, ce qui fait une proportion de 22,2 pour 100. (Bulletin médical.)

— M. Chamberland vient de déposer sur le bureau de la Chambre des députés un rapport au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de M. Siegfried et d'un grand nombre de ses collègues, relative à l'organisation de l'administration de la santé publique.

— Souscription pour une médaille en souvenir de M. le professeur Gosselin. — Quelques-uns des anciens élèves et des amis de M. le professeur Gosselin ont résolu de faire reproduire ses traits sur une plaquette en bronze dont l'exécution a été confiée à un éminent artiste, M. O. Roty.

A cet effet, vient de s'ouvrir une souscription à laquelle sont invités à prendre part tous ceux qui ont connu le professeur Gosselin et qui désirent conserver de lui un souvenir durable. Un Comité, dont font partie MM. Tillaux, Lannelongue, Périer, Berger, s'est chargé de recueillir les adhésions à cette souscription.

Le montant de chaque cotisation est de 20 francs.

Chaque souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette en bronze dans un écrin.

La souscription sera définitivement close le 25 décembre 1887.

Les personnes qui, par suite d'une omission ou d'une erreur, n'ont pas reçu de lettre d'avis personnelle, sont priées d'envoyer leur adhésion, avant cette date, à M. le docteur Berger, 4, rue du Bac, à Paris.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Les obsèques de M. Mébu, membre de l'Académie de médecine, docteur en médecine, pharmacien de l'Hôpital de la Charité, ont eu lieu le 2 décembre. M. Méhu, né à Auxonne (Côte-d'Or), le 10 mars 1835, devait à son travail seul sa position scientifique. Interne en pharmacie au concours de 1856 et successivement lauréat de l'école de médecine de Dijon (1854-1855); lauréat de l'école de pharmacie de Paris (1857); lauréat de l'Institut (1874), il a publié un certain nombre d'ouvrages importants sur la chimie médicale. Nous citerons les principaux : *Traité pratique et élémentaire de chimie médicale, appliquée aux recherches cliniques*, 1870, 2e édition, 1878 ; *Etude sur le kermès minéral*, 1868 ; *De l'emploi de l'hydrochlorite de soude dans le traitement externe des malades atteints d'affections saturnines*, 1870; *Sur les divers procédés employés pour doser l'albumine*, 1869; *Analyse du liquide des kystes ovariques*, 1869, 1881 ; *Liquides pathologiques de la cavité péritonéale*, 1877, et un grand nombre de travaux analogues sur les liquides de l'économie : *L'urine normale et pathologique*, 1880. — M. Mébu, était considéré par ses collègues et amis comme un travailleur consciencieux et sagace, en même temps que comme un homme d'une honnêteté complète. Sa mé-

moire sera justement honorée. Il meurt à peine âgé de 52 ans, laissant une veuve éplorée et trois jeunes enfants. Puissent les témoignages de sympathie réunis aujourd'hui sur sa tombe, adoucir l'amertume si terrible des premiers jours de leur deuil.

Dr A. D.

Société d'anthropologie de Paris. — La quatrième Conférence annuelle Broca sera faite le mercredi 14 décembre, à trois heures et demie, dans le local de la Société, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le conférencier, M. Mathias Duval, traitera de l'*Aphasie depuis Broca*.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1886-1887.

101. M. Blanc-Fonténille. Etude sur une forme particulière du délire hystérique. — 102. M. Grasset. Etude clinique sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques. — 103. M. Amiaud. Quelques considérations sur les ruptures musculaires. — 104. M. Firpo. Contribution à l'étude de la restauration immédiate du périnée dans les déchirures post-partum. — 105. M. Pouchet. Des tumeurs éburnées de l'orbite.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 27 nov. au samedi 3 décembre 1887

Fièvre typhoïde 38 — Variole 8. — Rougeole 16. — Scarlatine 8. — Coqueluche 3. — Diphthérie, croup, 23 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 173. — Autres tuberculoses 30. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 5. — Méningite 24. — Congestion et hémorr. cérébr. 50. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 12. — Maladies organiques du cœur 55. — Bronchite aiguë 29. — Bronchite chronique 42. — Broncho-pneumonie 20. — Pneumonie 43. — Gastro-entérite : Sein 9. — Biberon 16. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 6. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 20. — Sénilité 33. — Suicides 21. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 193. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine: 949 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Tumeurs de l'ombilic, par le docteur Francis Villar, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, etc. — Paris 1887, grand in-8, 156 pages avec 7 photogravures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins, par le docteur Robson Roose, membre du Collège royal de médecine d'Edimbourg, ouvrage traduit d'après la troisième édition anglaise, par le docteur Lucien Deniau. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La pratique obstétricale. — Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le docteur Crouzat, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-12 de 290 pages avec 75 figures intercalées dans le texte. — Prix broché : 5 francs. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

LES ACCIDENTS NERVEUX DE LA SYPHILIS. — Leçon clinique de M. le professeur FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis.

Vous venez de voir, messieurs, dans le service, plusieurs femmes atteintes d'accidents nerveux d'origine syphilitique, d'hystérie secondaire. C'est, pour moi, une occasion d'aborder l'étude de ces accidents de la syphilis.

Un mot très juste a été dit : chacun fait sa syphilis à son image.

En effet, les manifestations de la syphilis sont souvent en harmonie avec l'âge, la profession, le genre de vie du syphilitique, qui impriment à l'affection telle on telle forme. La syphilis ne distribue pas ses coups au hasard ; elle est soumise à des influences idiosyncrasiques qui lui impriment telle ou telle modalité.

Ainsi le fumeur fait sa syphilis, il a une syphilis secondaire spéciale dans laquelle dominent les accidents sur les muqueuses de la bouche ; il a aussi un accident tertiaire spécial, la glossite syphilo-épithéliomateuse.

La syphilis cérébrale n'apparaît que chez quelques-uns, des prédestinés de trois ordres : 1o les surmenés par le travail; 2o les surmenés par le plaisir; 3o ceux qui présentent des traces héréditaires cérébrales.

On voit la syphilis cérébrale apparaître chez des sujets laborieux, travailleurs. On la voit aussi chez ceux qui mènent la vie à grandes guides, les viveurs. On la voit enfin chez les sujets à prédisposition héréditaire, dont les ascendants ont eu des maladies cérébrales, des névroses.

Il n'est pas jusqu'aux causes accidentelles qui n'agissent sur la modalité de la syphilis, par exemple le traumatisme qui a été l'objet de l'étude de l'école de Verneuil. De même, les maladies locales ont une influence. Je vous citerai un malade, atteint de syphilis récente, dans notre service, et qui avait eu auparavant une arthrite blennorrhagique et une lymphangite crurale avec adénopathies La syphilide papulo-squameuse qui apparut chez lui fut discrète sur toute la surface du corps, excepté sur le membres malades où elle prit la forme ulcéro-crustacée.

S'il en est ainsi, on comprend que plus importantes encore sont les influences générales, une surtout, l'influence sexuelle. Elle introduit, en effet, dans la syphilis, un cortège d'accidents nerveux.

La syphilis de la femme n'est pas la syphilis de l'homme ; quand on l'étudie, on voit des différences capitales. C'est par l'incidence des phénomènes nerveux qu'elles se distinguent.

Comparons la syphilis secondaire chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, on voit apparaître des éruptions, des adéno-

FEUILLETON

LES ÉTOILES DOUBLES DE LA MÉDECINE.

Annalistes. — Chroniqueurs. — Mémorialistes.

Suite. — Voir les numéros 12, 20 et 47.

Pour cette même période révolutionnaire, nous citerons encore comme pouvant fournir des matériaux à l'histoire de notre pays, d'abord un médecin anglais, le docteur Rigby, puis un médecin grec, le docteur Coray.

Le docteur Rigby était né en 1747. Savant médecin, physiologiste distingué, à la fois naturaliste, économiste et agronome, il avait su joindre la pratique à la théorie : il avait fondé une Société médicale de bienfaisance à Norwick, et publié un *Essai sur la production de la chaleur animale*; non content, dit M. Albert Babeau (1), d'exploiter les 300 acres de terres dont se composait sa propriété de Framingham, il avait rédigé quelques études sur l'agriculture et les mœurs rurales; il avait traduit du français un livre sur l'agriculture en Italie; il s'était occupé des théories de Malthus sur la population et du droit de propriété. Il réunissait donc toutes les conditions possibles pour voyager avec fruit et il était admirablement préparé pour décrire avec compétence ce qu'il allait observer. Aussi les lettres qu'il écrivit à sa femme et à ses filles et qui ont été publiées en 1880 (1) forment-elles un des témoignages les plus curieux de l'état de la France et de Paris au mois de juillet 1789, tel que cet état pouvait être apprécié rapidement par un voyageur intelligent et sincère.

Parti des environs de Norwick avec trois de ses amis, le docteur Rigby débarquait à Calais le 2 juillet 1789. Ils remplissaient à eux quatre un landau attelé en poste et ils allèrent ainsi de Calais à Lille, à Douai, à Cambrai, parcourant la Picardie, et arrivèrent à Paris le 8 juillet, pour y séjourner jusqu'au 19. Ayant assisté aux événements qui précédèrent, accompagnèrent et suivirent la prise de la Bastille, le docteur Rigby traduit avec une singulière viva-

(1) CORRESPONDANT, du 25 juillet 1883, p. 334 et suiv.

(1) Docteur Rigby's *Letters from France*, etc., *in* 1789, « edited by his daughter Lady Eastlake », Londoa, 1880.

pathies, de la céphalée, quelques douleurs articulaires, l'iritis et les périostites secondaires.

Chez la femme, on voit tous ces mêmes accidents, mais, en plus, des accidents nerveux. On peut aussi en rencontrer chez l'homme, mais bien moins nombreux et moins intenses; sous ce rapport, il y a disparité absolue entre la syphilis de l'homme et celle de la femme.

Sous cette influence, on voit se réveiller et même se créer certaines névroses. La syphilis constitue, chez la femme, une opportunité morbide pour les accidents nerveux.

Abordons les détails. Pendant la période secondaire de la syphilis chez la femme, il se produit des accidents nerveux très divers, mais qu'on peut classer ainsi :

1° Céphalée.
2° Troubles du sommeil.
3° Asthénie nerveuse.
4° Névralgies.
5° Troubles de la sensibilité.
6° Névroses générales, hystérie secondaire.
7° Névroses du grand sympathique.
8° Névroses viscérales.

La céphalée existe dans les deux sexes, elle est commune à l'homme et à la femme. On ne peut la définir qu'en disant qu'elle est une variété de douleurs de tête dont souffrent les syphilitiques. En effet, on voit chez ces sujets : 1° la céphalée osseuse, crânienne; 2° la céphalée névralgique qui tient à une douleur dans un nerf; 3° la céphalée proprement dite, idiopathique, qui ne tient ni à une lésion du crâne, ni à une névralgie.

Il est impossible de dire ce qu'elle est.

C'est une douleur de tête plus générale et plus profonde que les deux premières variétés.

Où siège-t-elle? On n'en sait rien. Est-ce dans les méninges, dans le cerveau? On ne le sait pas. En tous cas, au dire des malades, elle siège dans la boîte crânienne : c'est une encéphalalgie.

Elle prédomine dans certaines régions : le front, les tempes et l'occiput.

Quelles sensations produit-elle? Elles sont très variées.

La plupart des malades éprouvent de l'alourdissement (céphalée gravative); d'autres des élancements (céphalée lancinante); d'autres une sorte de martellement, ou bien de serrement, ou bien encore de déchirement, d'éclatement.

Elle présente trois degrés : faible, moyen ou intense. Le deuxième degré peut être comparé à une forte migraine, qui empêche le travail; le premier degré est supportable; au troisième degré, elle oblige le malade à s'aliter : elle détermine une angoisse pénible, un anéantissement, une sorte d'abrutissement.

Il y a une variété surintense qui est rare dans la période secondaire et appartient surtout à la période tertiaire.

Mais la céphalée n'est pas le seul accident; elle a un cortège fatal. D'abord des vertiges, des troubles des sens, la diminution de l'appétit, mais surtout des troubles intellectuels; elle affecte le moral. Le malade n'est plus capable de s'occuper. Nous avons dans le service une caissière d'un grand magasin de nouveautés, à laquelle il est impossible de faire une facture de quelques chiffres. Nous avons eu une autre employée qui perdait son mètre, se trompait dans ses métrages, ne savait plus ce qu'elle faisait.

L'évolution présente deux types : le type continu avec exacerbations et le type intermittent.

Le premier est une céphalée persistante avec exacerbations qui ont leurs heures : l'heure de la syphilis, le soir ou la nuit. Le second type, commun chez la femme, laisse la journée tranquille, et la douleur apparaît le soir, vers six où sept heures.

La durée de cette céphalée est très variable, suivant qu'elle est ou non traitée; elle ne peut durer que quelques jours, beaucoup plus souvent quelques semaines. Lorsque la syphilis est méconnue, elle peut durer plus longtemps; je l'ai vue persister une année chez une malade.

Cette manifestation est des plus accessibles au traitement spécifique. Tous les médecins s'accordent à reconnaître que le mercure a une action merveilleuse; on obtient souvent la guérison en vingt-quatre heures. Plus forte est la douleur, mieux le mercure agit.

L'iodure de potassium est également puissant, mais ne vient qu'au second rang. Une petite dose, 0 gr. 50 à 1 gr., fait merveille. Donc, prescrire le mercure et lui associer l'iodure de potassium : 5 à 10 centigr. de proto iodure de mercure et 1 gr. d'iodure de potassium.

---

cité de sensation les spectacles divers qui se déroulèrent devant ses yeux et dans lesquels on semble entrevoir l'annonce de la Terreur au milieu de l'ivresse de 89.

En quittant Paris, les voyageurs parcourent la Bourgogne, visitant Dijon, puis, passant par Mâcon, ils arrivent à Lyon. De Lyon ils vont à Vienne, puis à Nîmes, à Beaucaire, à Aix, à Marseille, à Toulon, à Fréjus, à Antibes et entrent enfin en Piémont le 2 août, pour continuer leur voyage par la Suisse, l'Allemagne et la Hollande, qu'ils traversèrent pour retourner en Angleterre. Il ressort des notes de voyages du docteur Rigby une partialité marquée pour la France et les Français qu'il tient en haute estime et pour lesquels il manifeste une vive sympathie.

Un autre étranger, un savant, un érudit, un philologue, Adamantin Coray, né à Smyrne en 1748, mort à Paris le 6 avril 1833, qui était venu étudier la médecine à Montpellier et qui se fixa à Paris en 1788, a laissé sur l'histoire de la Révolution un recueil de lettres on ne peut plus curieuses adressées au PROTOPSALTE de Smyrne, lettres qui ont été traduites en français par le marquis de Queux de Saint-Hilaire et publiées à Paris en 1880 (1).

(1) *Lettres sur les événements de la Révolution française*, Didot.

Coray fut le prince des hellénistes, un helléniste incomparable, suivant les connaisseurs; philosophe, érudit, traducteur, philologue, Coray fut donc mieux qu'une « Etoile double ».

Ce n'est pas seulement en France que nous trouvons des médecins exilés pour raisons politiques. L'Angleterre n'a rien à nous envier. Thomas-Addis Emmet (qui n'était que parent et non pas le frère de Robert Emmet, fils de médecin exécuté en 1803 à l'âge de vingt-trois ans) était né à Dublin en 1763. Reçu docteur en médecine à Edimbourg, il alla faire ses études de droit à Londres, puis revint à Dublin exercer la profession d'avocat. C'était à l'époque où commençaient à s'organiser les associations contre l'Angleterre; il s'y fit agréger. Toutefois, dit Ch. Weiss (1), s'il partagea les vœux et les espérances de ses compatriotes, il ne prit aucune part ostensible aux mouvements insurrectionnels qui forcèrent le gouvernement anglais à des mesures de rigueur. Emmet, à qui ses talents oratoires pouvaient donner une grande influence, fut arrêté dans le courant de 1801, et traduit devant le Conseil privé; mais comme il ne put être convaincu d'avoir favo-

(1) *Biographie Michaud*.

Si on a touché juste, si on a affaire à une céphalée syphylitique, le succès ne se fait pas attendre.

Nous avons vu, dans le service, un bel exemple des troubles du sommeil.

La syphilis secondaire réalise une insomnie qui lui est propre, idiopathique; les malades ne dorment pas, et ne savent pas pourquoi. Cela est très fréquent chez la femme, et si le sommeil vient, il est vite interrompu par des rêves et des cauchemars.

La syphilis crée aussi l'asthénie nerveuse, un véritable état de langueur du sujet, et son influence s'exerce sur toutes les fonctions, mais surtout sur le système musculaire. Cette action peut se résumer ainsi : débilité musculaire et courbature musculaire.

On voit des femmes qui ne peuvent pas supporter la moindre fatigue, qui restent couchées, immobiles; à un degré supérieur, on observe une véritable prostration, une incapacité musculaire.

Appliquons le dynamomètre, comme je l'ai fait si souvent à Lourcine ; il marque généralement 40 à 45 pour une femme de force moyenne. Or, on le voit tomber à 20, 18 et 10; je l'ai même vu à 6 et à 4.

Il se joint bientôt à cela d'autres troubles sur d'autres organes et d'autres systèmes : 1o Asthénie circulatoire; le cœur bat faiblement, le pouls est petit, mou, dépressible; 2o asthénie digestive ; inappétence, digestions lentes, dyspepsie, constipation.

Il y a aussi des troubles de la sensibilité, des troubles des sens ; souvent aussi, une véritable torpeur intellectuelle :

3o Asthénie nutritive, asthénie de toutes les fonctions d'assimilation; anémie, amaigrissement, alopécie, tous phénomènes dépendant des troubles de vitalité des tissus.

Cet état constitue un type morbide spécial, type de la femme éreintée par la syphilis: il est trompeur, il peut donner le change. Ces femmes ont l'air de convalescentes, l'air de femmes qui relèvent de couches pénibles. Elles ont aussi l'air de tuberculeuses.

De prime abord on croit à la tuberculose, et, en effet, on a affaire à une femme jeune, sans appétit, perdant ses forces, ayant des poussées sudorales nocturnes, des accès de fièvre. Tous ces symptômes semblent indiquer une tuberculose naissante, alors qu'il s'agit d'une syphilis à forme asthénique.

Il y a un an, j'ai vu une femme de 20 ans, mariée depuis six mois, et qui avait contracté la syphilis de son mari. Elle était très faible, constamment étendue sur sa chaise longue depuis deux mois, ne mangeait pas et avait de la fièvre. Je m'obstinai à l'ausculter sans rien trouver. Sous l'influence du traitement, elle s'est bien remise.

Quant à la durée de cet état, il en est comme de tous les phénomènes secondaires de la syphilis. Il n'est que temporaire : c'est un orage qui passe. Seulement la convalescence est longue : la malade se relève lentement, et il faut bien de trois à six mois.

Nous continuerons, dans la prochaine Leçon, l'Etude des névralgies, des troubles de la sensibilité et des névroses.

CHIRURGIE

DE LA THORACOPLASTIE, par M. le docteur CHARLES AMAT médecin-major.

Suite. — Voir le numéro 49.

III

Les résultats obtenus vont maintenant nous montrer si la thoracoplastie mérite de conserver une place prépondérante au milieu des moyens à opposer à un état pathologique grave et fréquent.

Suit toute la série des observations que nous avons pu rencontrer. Nous les avons classées en cinq catégories :

Dans la première : *Guérisons complètes avec occlusion de l'excavation et disparition de la fistule*, nous avons 23 cas, soit 34.7 %;

Dans la deuxième : *Guérisons à peu près complètes où l'excavation a disparu en laissant persister une petite fistule*, nous avons 13 cas, soit 20 %;

Dans la troisième : *Améliorations résultant d'une réduction importante de la cavité*, nous avons 11 cas, soit 16.6 %;

Dans la quatrième : *Etats stationnaires, ceux où l'opération a produit un certain rétrécissement tout en laissant persister une poche de grande dimension*, nous avons 6 cas, soit 9 0/0;

Dans la cinquième, enfin : *Morts survenues dans les cinq*

risé les insurrections qui venaient d'éclater simultanément sur divers points de l'Irlande, on se contenta de l'enfermer, par mesure de police, avec une vingtaine de patriotes, au fort Saint-Georges, en Ecosse. Sa détention durait depuis deux ans et demi, lorsque le gouvernement anglais le fit transporter à Hambourg, où lui fut signifiée la défense de reparaître dans le Royaume-Uni, sous peine de mort. Emmet, dont la femme obtint la permission de le joindre dans son exil, ne tarda pas à s'embarquer pour l'Amérique. Dès son arrivée à New-York en 1804, il y fut accueilli de la manière la plus honorable. Il reprit aussitôt l'exercice de la profession d'avocat, et se distingua tellement au barreau de New-York qu'en 1812 il fut revêtu de l'emploi d'avocat général de l'Etat.

Outre quelques *Thèses médicales*, on lui doit un *Essai sur l'histoire de l'Irlande*, qu'il publia en 1807 à New-York sous ce titre : *Pieces of Irish History, illustrative of the condition of the catholics of Ireland of the origin and progress of the political system of the United Irishmen, and of their transactions with the Anglo-Irish Government.*

Emmet mourut à New-York le 14 novembre 1827.

***

Sébastien Guillié, si nous nous en rapportons à certains auteurs (voir le *Dictionnaire de Dechambre*, article GUILLIÉ), devrait être également considéré comme un conspirateur. Mais c'est à tort. Né à Bordeaux le 24 août 1780, il avait fait à sa sortie du collège de cette ville d'excellentes études médicales *sous la direction du célèbre Desèze*, puis il vint prendre ses grades à Paris en 1806. Il fut attaché en 1808 au service de santé de l'armée d'Espagne en qualité de médecin des hôpitaux militaires. De retour à Paris en 1811, il fut nommé directeur et médecin de l'Institution des Jeunes-Aveugles, où il introduisit d'heureuses améliorations. Ce serait à un procédé de son invention que les malheureux privés de la vue doivent, si nous en croyons la « Biographie » de Lacaine et Laurent (1), la faculté de communiquer aisément avec les sourds-muets. Arrêté le 23 octobre 1812 comme complice du général Mallet, par une méprise de la police impériale, qui le confondit avec le général Guillet, il fut détenu pendant toute une année à Vin-

(1) *Biographies et nécrologies des hommes marquants du dix-neuvième siècle*, t. II, 1843, p. 357.

mois qui ont suivi l'opération, nous avons 14 cas, soit 23.5 0/0.

23 guéris.

Par M. Bouilly (1). 1. — J. W., 31 ans. Pleurésie purulente en 1881. Fistule persistante conduisant dans une cavité. Mauvais état général. Menaces de tuberculose. Résection des 4e, 5e et 6e côtes dans une étendue de 5 centim. et de 4 centim. de la 7e en novembre 1882. Guérison complète au bout d'un an.

2. — X..., 18 ans. Pleurésie purulente en 1878. En septembre 1882, persiste un orifice fistuleux conduisant dans une cavité. En décembre, résection de 3 centim. de la 6e, de 5 centim. de la 7e, de 6 centim. de la 8e, de 7 centim. de la 9e. Guérison au bout de trois mois.

3. — Jeune homme porteur d'une pleurésie purulente datant de deux ans et ouverte spontanément. Résection en 1885 de six côtes et excision de la plèvre lardacée épaissie. Guérison deux mois après.

4. — Jeune homme guéri d'un empyème en 1887 par la résection de 7 côtes de la 4e à la 11e.

Par Estlander (2). 5. — H. H. Fistule thoracique depuis avril 1876. Un an après, en mars 1877, résection des 5e, 6e et 7e côtes dans une étendue de 4 1/2 et de 3 centim. Guérison en trois mois.

6. — J. S., 56 ans Pleurésie purulente d'origine traumatique. Résection, cinquante jours après, le 16 mars 1877, de 9 centim. de la 7e côte. Cinq semaines plus tard, résection de 4 centim. de a 6e et de 3 centim. des 5e et 4e. Guérison au bout de quinze ours.

7. — H. P., 31 ans. Fistule depuis onze mois. Résection le 17 juillet 1878 de 4 1/2 à 3 centim. des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Guérison en quatre mois.

8. — H..., 22 ans Fistule depuis 18 mois. Résection en 1879 de 5 centim. de la 6e côte. Guérison six semaines après.

Par Koranzi (3). 9. — J. M., 34 ans. Tuberculose. Fistule pulmonaire et pyopneumothorax. Résection en décembre 1882 de 4 centim. des 7e et 8e côtes. Guérison au bout de deux mois.

Par Sazmann (4) 10. — Hématopyopneumothorax consécutif à une plaie par balle de revolver. Fistule datant de quarante jours. Résection des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e côtes en 1877 dans une étendue de 5, 9 1/2 et 11 centim., ainsi que de 6 centim. de la clavicule. Guérison en quatre mois. Les mouvements du bras gauche sont conservés, l'élévation est seule limitée.

(1) Bull. Société de chirurgie *passim* 1884, 1886 et 1887.
(2) *Loco citato.*
(3) Arch. für Klinische Chirurgie, *erstes heft*, 1884.
(4) Bull. Soc. chir., t. X, 1884, p. 681.

11. — Paysan de 21 ans. Fistule depuis dix mois. Le 31 janvier 1883, résection de 5 centim. des 4e, 5e, 6e et 7e côtes. Guérison à la fin d'avril.

12. — H. N., 31 ans. Pleurésie gauche en 1883. Fistule depuis trois mois. Résection de 4 centim. des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Guérison complète en deux mois.

Par Poncet (1). 13. — X..., atteint de pleurésie purulente consécutive à une fièvre typhoïde. Thoracoplastie en juin 1882, malgré une albuminurie très manifeste. Un mois après, plus d'albumine dans les urines et sortait guéri en novembre.

Par Augagneur (2). 14. — Jeune homme de 18 ans. Fistule depuis trois mois. Urine fortement albumineuse. Résection en janvier 1884 de 4 côtes dans l'étendue de 2 à 10 centim. Deux mois après, plus de trace d'albumine et guérison complète.

Par Vieusse (3). 15. — Soldat atteint d'empyème chronique. Résection costale en 1885. Guérison.

Par Vaslin (4). 16. — T..., 23 ans. Fistule six mois. Résection en 1885 de 5 à 5 centim. de la 6e et de la 7e côte. Abrasion de la plèvre. Guérison cinq mois après l'opération.

Par Ruggi (5). 17. — Malade avec trajet fistuleux pleurocutané. Résection costale en 1886. Guérison.

Par de Cérenville (6). 18. — G. J., 23 ans. Un mois après la thoracotomie, résection en 1878 de 2 à 3 centim. des 2e, 3e et 4e côtes. Guérison en cinq mois.

19. — R. B., 3 ans. Fistule un an. Résection en 1879 des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e côtes. Guérison en trois mois et demi.

20. — M..., 22 ans. Fistule trois mois Résection de deux côtes en 1880. Guérison en deux mois.

21. — M. J., 40 ans. Fistule quarante jours. Résection en 1882 de 6 centim. des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Guérison en trois mois.

22. — G. A. Fistule vingt-trois jours. Résection en juillet 1883 de 2 à 5 centim. des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Guérison en cinquante-huit jours.

Par Gallet (7). 23. — X... Empyème chronique. Fistule pleurocutanée datant de quatre ans Résection en 1887 d'une portion des 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Guérison.

(1) Lyon médical, 24 décembre 1882.
(2) Lyon médical, août 1885.
(3) Cité par Jourdan *in* Archives de méd. militaire, septembre 1887.
(4) Rapport de Polaillon à l'Académie de médecine *sur la thoracoplastie* in Gaz. méd. de Paris, 1886.
(5) Société italienne de chirurgie, avril 1887.
(6) *Loco citato.*
(7) La Clinique, 26 mai 1887.

---

ceunes. Un an, rien que cela ! de prison préventive, d'emprisonnement injuste.

En 1818, Guillié, qui était devenu médecin oculiste de la duchesse d'Angoulême, fonda une clinique oculaire sur le modèle de celle créée naguère à Vienne par Beer; en même temps, il rédigeait, concurremment avec Dupuytren, Nauche et Lucas, un journal spécialement consacré à l'observation des faits les plus importants de la médecine oculaire, et à la propagation des méthodes diverses, des instruments nouveaux et des traitements employés dans les cliniques d'Allemagne. Guillié est l'auteur d'une *Histoire du cabinet des Tuileries depuis le 20 mars 1815 et de la conspiration qui a ramené Bonaparte en France* (Paris, 1815, in-8o), histoire qui eut trois éditions la même année. Guillié est mort à Asnières en 1865, riche pour avoir fait servir son nom à patronner un élixir *antiglaireux* par trop célèbre.

L'un des deux auteurs de la Relation si émouvante du Naufrage de la frégate *la Méduse* (1), J.-B. Henri Savigny, était chirurgien de la marine. Avec l'ingénieur géographe, Alexandre Corréard, son collaborateur dans cette Relation, il fut l'un des neuf survivants, sur les 240 qui montèrent sur le Radeau pour débarquer à Saint-Louis, en 1816.

Mais arrivons aux médecins de Napoléon Ier, après son abdication. D'abord ce fut Guillaume Warden, le premier chirurgien du vaisseau *le Northumberland*, sur lequel s'embarqua Napoléon en quittant le Bellérophon (1815), qui publia à son retour en Angleterre, sous forme de lettres, un journal intéressant sur le trajet de l'illustre déporté jusqu'à son installation à Sainte-Hélène. Ce livre, qui parut en 1817 (1), offusqua les Anglais.

Ce sont surtout les deux volumes d'O'Méara qui donnent le plus de renseignements, tant sur l'histoire de Napoléon qui aimait beaucoup à converser avec son chirurgien que sur les péripéties du séjour à Sainte-Hélène, en même temps que sur le genre de vie de l'exilé jusqu'en juillet 1818. Barry Edward O'Méara était né en Irlande

(1) Relation parue en 1817. Paris, in-8o. — Hocquet, imprimeur.

(1) *Correspondance de Guillaume Warden, chirurgien à bord du vaisseau de Sa Majesté britannique, le « Northumberland », qui a conduit Napoléon Buonaparte à l'île de Sainte-Hélène.* In-8o de 175 pages. — Bruxelles, chez T. Parkin.

11 presque guéris.

Par Bouilly (1). 1. — F. T., 21 ans. Fistule pleuro-cutanée datant de cinq ans. Résection en août 1882 de 7 centim. 1/2 de la 6e côte et de 5 cent. 1/2 de la 7e. Nouvelle résection quatorze mois plus tard. N'existe plus qu'une plaie de 4 centim. de profondeur contenant 18 grammes.

Par Bouilly et Tillaux (2). 2. — F. D., 28 ans. Fistule thoracique depuis dix-huit mois. Résection en août 1884 de six cotes dans une étendue variant de 7 à 10 centim. Guérison presque complète.

Par Bouilly et Panas (3). 3. — C..., 12 ans. Depuis un an, fistules pleuro-cutanées multiples. En juin 1882, résection de 3 à 6 centim. des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e côtes et de 2 à 3 centim. des 8e, 9e, 10e et 11e. Guérison presque complète.

Par L. Championnière (4). 4. — Fistule depuis deux ans. Cavité très vaste contenant 500 grammes de liquide. En décembre 1883, résection des 9e, 8e, 7e, 6e et 5e cotes dans une étendue de 11 à 5 centim. Quelques mois plus tard, nouvelle résection portant sur quatre côtes. Trois mois après, nouvelle résection. La santé est bonne et la fistule donne très peu.

Par Estlander (5). 5. — A. B., 45 ans. Fistule depuis six mois. Résection en mars 1878 de 4 centim. des 5e et 6e cotes et de 2 centim. de la 7e. Quitte le service presque guéri. Mort depuis de tuberculose.

6. — H. O., 27 ans. Fistule spontanée à droite en mars 1877. Le 3 août, résection de 3 à 4 centim. des 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e cotes. Dix mois plus tard, une fistulette restait humectant la charpie.

7. — J. W., 29 ans. En novembre 1877, pleurésie purulente et fistule, cavité 100 grammes. En mars de l'année suivante, résection de 2 centim. 1/2 de la 8e; 4 centim. des 7e, 6e et 5e; 1/2 cent. de la 4e côte. Persistance d'une légère suppuration.

Par Saxmann (6). 8. — E. S. R., 35 ans. Fistule deux mois. Poche de 800 grammes. En janvier 1883, première résection d'environ 6 centim. des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e côtes, suivie d'une résection deux ans plus tard de 5 centim. de la 2e, 4 centim. de la 3e, 3 centim. de la 4e, 4 centim. de la 5e, 6 centim. de la 7e, 3 centim. de la 8e et 5 centim. de la 9e. Cavité ne contient plus que 59 grammes. Tout fait espérer guérison.

9. — R.K., 21 ans. Empyème de longue durée du côté gauche. État général alarmant. En avril 1884, résection de 4 à 7 centim. des 3e, 4e, 5e et 6e côtes. Guérison à espérer.

Par Kirmisson (1). 10. — F. J., 19 ans. Fistule thoracique et bronchique depuis deux ans. En août 1884, résection des 6e, 7e, 8e et 9e côtes dans une étendue de 5, 7, 9 et 11 centim. Presque guéri. Nouvelle résection en 1885.

Par de Cérenville (2). 11. — D. E., 18 ans Fistule onze mois. En février 1879, résection de 5 centim de la 3e et 4e cotes. Fistulette donnant très peu de pus.

12. — M. F., 28 ans. Fistule sept mois. En juillet 1883, résection de 4 à 6 centim. des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Oblitération de la cavité avec persistance d'une fistule.

Par Gœtz et Reverdin (3). 13. — B..., 41 ans. Fistule de neuf mois. Résection en octobre 1884 de 13 centimètres de la 4e côte, 12 de la 5e, 8 1/2 de la 6e, 3 de la 7e, 7 de la 8e. Persistance d'une petite fistule.

(A suivre.)

(1) *Loco citato.*
(2) *Idem.*
(3) *Idem.*
(4) Bull. Soc. chirurgie, 1884.
(5) *Loco citato.*
(6) *Idem.*

(1) *De l'opération d'Estlander* in Gaz. méd. de Paris, 1885.
(2) *Loco citato.*
(3) *Note sur un cas d'opération d'Estlander.* In : Rev. méd. de la Suisse romande, no 7, 1885.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Chancre extra-génital siégeant a la racine du nez. — Coryza spécifique. — Syphilides génitales papulo-érosives. (Observation recueillie par M. Emile Laurent, interne à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris.)

C..., âgé de 23 ans, est né à Paris. Sa profession avouée est celle de maçon. En réalité, c'est un malfaiteur dangereux, condamné pour vol avec effraction.

Il a joui d'une bonne santé jusqu'ici, quoiqu'il ait déjà passé de longs mois en prison pour purger trois condamnations successives.

Cet homme, bien que d'une taille moyenne, est remarquablement musclé. Il dit avoir été lutteur chez Marseille, où il faisait l'amateur.

Six semaines environ avant son entrée en prison, il s'aperçut d'un bouton siégeant à la racine du nez. Ce bouton s'ulcéra, devint une plaie qui suppura pendant plusieurs semaines. Cette plaie n'est cicatrisée que depuis une quinzaine de jours lorsqu'il est admis à l'Infirmerie centrale des prisons (service de M. le docteur Variot), le 20 octobre.

en 1786. Il avait fait ses études médicales successivement à l'École de Dublin, dont il vantait à Napoléon les ressources anatomiques, puis à Londres, où il avait appris surtout la chirurgie. Il gagna si bien la confiance de l'empereur que le soupçonneux Hudson Lowe en prit ombrage et finit par faire séquestrer le chirurgien. Des instructions, datées du 14 mai 1818, destituèrent O'Méara de ses fonctions près du « général Bonaparte » et lui interdirent « toute relation avec les habitants de Longwood ». O'Méara désobéit à cette dernière injonction, dit J. Chanut (1), et se présenta chez l'empereur, qui le reçut très affectueusement et lui donna de nouveaux témoignages de sa confiance (25 juillet 1818). De retour en Europe, il jugea nécessaire de se justifier des accusations ou insinuations faites contre lui au ministre des colonies par Hudson Lowe, et d'exposer avec une mâle franchise tous les faits relatifs à ses fonctions et à son séjour à Sainte-Hélène. A cet effet, il adressa à l'amirauté une lettre célèbre, qui n'a pas moins de 38 p. in-8o. C'est un exposé énergique de tous les procédés de sir Hudson Lowe à son égard et envers le captif qu'il surveillait. Dans sa traversée en Europe, il avait insinué que la vie de Napoléon n'était pas en sûreté entre les mains de Hudson Lowe, et que lui, en sa qualité de médecin, avait reçu diverses insinuations et même plus pour aider à l'accomplissement d'un dessein contre ses jours. Après vingt ans de service, O'Meara fut privé de tout emploi et même de pension. Son ouvrage, *Napoléon en exil*, qu'il publia en 1822, fut partout lu avec une extrême avidité (1). O'Méara passa ses dernières années dans la retraite, aux environs de Londres. Il mourut le 3 juin 1836 (2).

Ce fut un médecin corse, François Antommarchi, qui fut choisi pour donner les secours de l'art à Napoléon après le départ de

(1) Nouvelle biographie générale de Hœfer.

(1) *Napoléon en exil, ou l'Écho de Sainte-Hélène*, ouvrage contenant les opinions et les réflexions de Napoléon sur les événements les plus importants de sa vie, recueillies par Barry E. O'Méara, son dernier chirurgien. Deux volumes in-8o. Paris, 1822. Chez tous les marchands de nouveautés.

(2) Outre *Napoléon en exil*, on doit à O'Méara : 1o *Lettres du Cap de Bonne-Espérance*. 1819. — 2o *Documents historiques sur la maladie et la mort de Napoléon Bonaparte*, 1821. — 3o *Lettre adressée à l'éditeur du* Morning-Chronicle, 1821.

Cet homme attire surtout l'attention sur des ulcérations nombreuses et étendues, disséminées sur la peau des bourses et les parties adjacentes de la peau des cuisses, ainsi que sur le gland et dans le sillon balano-préputial.

Ces ulcérations sont un peu fongueuses, superficielles, suintantes, sur un fond légèrement surélevé. Elles présentent tous les caractères de syphilides papulo-érosives et de plaques muqueuses cutanées. A l'anus, plaques muqueuses peu étendues et très superficielles.

Dans les plis inguinaux, il existe bien une tuméfaction ganglionnaire appréciable; mais cette adénopathie est à peu près symétrique. On cherche vainement la pléiade ganglionnaire chancreuse. Du reste, ni sur le gland, ni à l'anus, on ne trouve la trace de l'accident primitif.

La peau du tronc et de l'abdomen, examinée avec soin, ne présente pas de roséole ni d'autre élément éruptif.

A la commissure labiale droite, une très petite cicatrice opalescente. Sur l'amygdale droite, une plaque muqueuse à fond déprimé, grisâtre, occupant presque toute la hauteur de l'amygdale. Quelques croûtelles dans les cheveux.

Les ganglions sous-occipitaux sont gros. Les ganglions sous-maxillaires sont aussi un peu engorgés des deux côtés. A l'angle de la mâchoire, du côté gauche, on sent trois ganglions distincts, durs, roulant sous le doigt, formant une masse de la grosseur d'une noix.

A la racine du nez, correspondant à la peau qui recouvre l'os propre du nez du côté droit et empiétant un peu sur la crête, on voit une cicatrice arrondie, d'un rouge assez vif, à bords légèrement saillants, grande comme une pièce de 50 centimes. Le centre de la cicatrice est plus pâle et légèrement froncé. Dans cette zone, la peau prise entre les doigts est épaissie et indurée.

Cette cicatrice correspond à l'ulcération que le malade a remarqué avant son entrée en prison et dont le début a précédé de deux mois environ les lésions cutanées des parties génitales.

Le chef de service, M. Variot, n'hésita pas à reconnaître là une cicatrice de chancre extra-génital, et M. Théophile Anger, qui a également vu le malade, confirma cette opinion que vient corroborer la présence de l'adénopathie sous-maxillaire. Ajoutons enfin que ce malade se plaint d'un coryza très intense : il est enchifrené, il se mouche fréquemment. Ces accidents remontent à trois semaines seulement. Rien dans ses antécédents ne peut faire supposer chez lui un coryza chronique. Il n'a pas pris d'iodure de potassium; le seul médicament interne qui lui ait été administré avant son admission à l'Infirmerie centrale, c'est de la liqueur de Van Swieten à la dose ordinaire. Néanmoins, M. le docteur Chatelier, qui a examiné, au moyen des procédés rhinoscopiques, les fosses nasales et l'arrière-cavité du pharynx, n'a pas constaté la présence de plaques muqueuses chez cet homme. Tous les autres organes paraissent sains.

Depuis son entrée, sous l'influence de lavages avec la solution d'acide borique, de l'emploi de poudres isolantes à l'extérieur et des mercuriaux à l'intérieur, ses syphilides génitales se sont beaucoup améliorées; mais, les jours qui suivent, des plaques muqueuses se produisent sur l'amygdale gauche et sur les piliers du voile du palais.

C'est là un exemple indiscutable de chancre infectant de la racine du nez. Les exemples en sont assez rares pour que cette observation mérite d'être publiée à titre de document. Quant aux conditions dans lesquelles ce chancre a été contracté, le champ est ouvert aux hypothèses, surtout si l'on a égard à l'état social de ce syphilitique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. SUR L'EXTIRPATION DU LARYNX POUR CAUSE DE CANCER. — GUÉRISON OBTENUE DANS UN CAS, AVEC RÉTABLISSEMENT DES CONDITIONS NORMALES DE LA RESPIRATION ET DE LA PHONATION, par le professeur STOERK, de Vienne (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1887, nos 49 et 50). — II. SUR LES RÉSULTATS DÉFINITIFS DES EXTIRPATIONS DU LARYNX, PRATIQUÉES PAR L'AUTEUR, POUR CAUSE DE CARCINOME, par le docteur HAHN, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, no 49).

I Le professeur STOERK (de Vienne), a publié sur la métamorphose des papillomes du larynx en carcinomes et sur l'extirpation du larynx dans des cas de carcinomes de cet organe, deux articles qui offrent un grand intérêt d'actualité et dont voici une reproduction abrégée :

Dans son premier article, M. Stoerk discute d'abord la question relative aux variétés de néoplasmes du larynx pour lesquels on est en droit de procéder à l'extirpation de cet organe. Il pose en fait que la variété de tumeur laryngée la plus fréquente est représentée par le papillome. La présence d'une tumeur papillomateuse dans le larynx détermine dans les couches les plus profondes de la paroi de l'organe un état congestif qui atteint le corps papillaire. Il en résulte un catarrhe d'un caractère irritatif exceptionnel, qui aboutit à une proli-

O'Méara. Né le 5 juillet 1789, à Morsiglia, canton de Rogliano, arrondissement de Bastia, il était prosecteur d'anatomie à l'hôpital de Ste-Marie-Neuve de Florence, attaché à l'Université de Pise, et s'occupait de la publication des œuvres posthumes de Mascagni, lorsqu'il accepta la mission d'aller à Sainte-Hélène avec appointements de neuf mille francs par an. Les pourparlers et les formalités durèrent et se multiplièrent si bien, qu'après un voyage à Rome pour obtenir l'agrément du cardinal Fesch, après une réception chez *Madame Mère*, après des voyages à travers la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas, puis à Londres, Antommarchi n'arriva auprès de son auguste client que le 22 septembre 1819. Encore fut-il accueilli avec une froideur qui, heureusement, disparut assez vite.

Les *Mémoires du docteur F. Antommarchi* (1) offrent sans doute un peu moins d'intérêt général que le livre d'O'Méara. Napoléon, d'ailleurs déjà bien souffrant, s'ouvrait moins volontiers avec Antommarchi qu'il n'avait fait avec son médecin précédent. Néan-

(1) *Ou les derniers moments de Napoléon*. Paris, deux volumes in-8o, 1825. — Chez Barrois l'aîné, libraire. — La plupart des biographies d'Antommarchi sont fort incomplètes (à l'exception de celle que lui a consacrée Isidore Bourdon, dans le *Dictionnaire de la conversation*). Ainsi l'*Encyclopédie des gens du monde*, copiée par la *Biographii Hœfer*, se contente de dire qu'Antommarchi, médecin corse, était né dans la deuxième moitié du dix-huitième siècle. Beaugrand, dans le DICTIONNAIRE DES SC. MÉD. DE DECHAMBRE, répète le même renseignement. Et il n'est pas jusqu'à la *Grande encyclopédie* de Dreyfus, qui cette année même, par la plume du docteur Hahn, n'ait pas su faire autre chose que de reproduire à peu près textuellement l'article de Beaugrand. Et cependant, pour se procurer des renseignements, il eût suffi de lire les propres « Mémoires » d'Antommarchi. On y voit, en effet (tome I, p. 83-85), qu'à son arrivée à Sainte-Hélène en septembre 1819, il était âgé de 30 ans. Qu'il était tout jeune quand sa mère mourut; que son père était notaire. Antommarchi quitta la Corse à l'âge de 15 ans; il commença ses études à Livourne, les continua à Pise (où, au mois de mars 1808, n'ayant pas 19 ans, il fut reçu docteur en philosophie et en médecine) et les termina à Florence, où il exerçait. En 1812, il obtint de l'Université impériale le titre de docteur en chirurgie.

fération épithéliale « exorhitante », telle qu'on ne l'observe à pareil degré dans aucune autre affection superficielle des muqueuses. Cette prolifération épithéliale atteint son maximum d'intensité dans l'épaisseur même du papillome.

Sitôt que des papillomes émergent de plusieurs points de la muqueuse laryngée, ils occasionnent au malade une gêne considérable, par troubles de la phonation et de la respiration, et aussi du fait de la toux opiniâtre qu'excite la sensation de chatouillement entretenue par la présence des tumeurs. Il arrive cependant que des papillomes ayant envahi presque toute la surface interne du larynx persistent indéfiniment, pendant vingt-cinq ans et plus, sans compromettre l'existence. D'autres fois, au bout d'une certaine durée, le papillome perd de plus en plus son caractère de tumeur flottante et tend à devenir une excroissance sessile. Les excroissances secondaires et tertiaires, implantées sur la masse principale, se détachent spontanément, par suite de la mortification et de la rupture du pédicule. En même temps que la masse papillomateuse perd son caractère de succulence, le terrain sur lequel elle végète se modifie ; les différents ilots se confondent par leurs bases, ne restant plus isolés que par leur surface libre ; ils prennent une consistance ferme. A l'exploration du larynx, on croit maintenant avoir devant soi une tumeur fibreuse. Cette transformation du néoplasme primitif se reconnaît à un autre caractère, à la teinte rouge-foncé qui remplace dès lors la teinte jaune-pâle primitive. La tumeur perd de plus en plus de sa mobilité ; il semble, suivant l'expression de Waldeyer, qu'elle soit fixée en place par des flèches. Et en effet, la prolifération épithéliale se poursuit maintenant dans le sens de la profondeur, à travers toutes les lacunes du tissu conjonctif ; peu à peu, les muscles laryngés et les parois des vaisseaux s'infiltrent de cellules épithéliales. Au moment où le tissu primitif, refoulé et étouffé par la prolifération épithéliale envahissante, est réduit à un certain minimum, *la métamorphose du papillome en carcinome* est effectuée, sans qu'il se soit opéré une prolifération du tissu conjonctif dans la masse du néoplasme, ainsi que certains le prétendent.

Il va de soi, qu'au fur et à mesure des progrès de cette infiltration des éléments constituants — muscles, vaisseaux, nerfs — du larynx par la prolifération épithéliale, les troubles fonctionnels s'accentuent. De plus, à un certain moment, il se développe au voisinage de la néoplasie une réaction irritative très violente, quelque chose comme une réaction à tendance salutaire, éliminatrice ; il s'établit autour du noyau d'infiltration une injection vasculaire si prononcée qu'on est tenté de croire que la masse va se détacher ou s'exulcérer.

Pour ce qui est du traitement du papillome, l'auteur estime que le mieux est de s'abstenir de tout ce qui peut irriter un peu fortement le larynx. Les cautérisations et les applications astringentes, employées pour détruire les masses papillomateuses, ne donnent pas de guérisons définitives. Les papillomes dissséminés comportent généralement un pronostic bénin. Il n'en est pas de même des papillomes qui émergent d'un point unique. Ceux-ci se développent rapidement en hauteur, émettant des bourgeons secondaires et tertiaires qui ont d'abord une tendance à se détacher spontanément, sous les efforts de toux, sans qu'il en résulte la moindre hémorrhagie, la moindre douleur. Mais au bout de quelques années, ce travail d'élimination spontanée s'arrête. La tumeur, de forme jusqu'alors pyramidale, s'arrondit, se recouvre d'un dépôt grisâtre, feutré, qui plus tard est remplacé à son tour par une membrane plus ferme et plus sèche, presque cornée. Le néoplasme cesse de s'accroître en hauteur, il gagne en surface à sa base. Même pour un observateur expérimenté, la simple inspection ne suffit pas pour affirmer qu'une tumeur offrant pareil aspect dérive d'un papillome ; dans tous les cas, à cette période de son évolution, le néoplasme se rattache à la catégorie des tumeurs malignes, et ce côté du diagnostic doit être fait avec le seul secours du laryngoscope, l'excision d'un fragment de la tumeur destiné à l'examen microscopique constituant une intervention qui n'est pas sans danger. Les tentatives d'intervention endo-laryngée n'aboutiront le plus souvent qu'à retarder l'opération radicale, l'extirpation du larynx, jusqu'à l'époque où elle n'a plus grande chance d'être tentée avec succès.

Quand, par contre, on s'abstient d'irriter, avec le bistouri ou avec des caustiques, une tumeur de ce genre, elle reste longtemps dans le même état, et la temporisation n'offre pas de grands inconvénients. Les symptômes se réduisent à des troubles de la phonation et, quelquefois, de la déglutition ; les douleurs et les hémorrhagies sont rares. Ces symptômes s'exaspèrent à la suite des interventions intempestives et insuffisantes, en même temps que la néoplasie se met de nouveau à proliférer en hauteur.

---

moins, les renseignements fourmillent dans ces deux volumes. Il n'est pas jusqu'à cet Essai sur la Flore de Sainte-Hélène, placé en appendice à son ouvrage, qui n'ajoute de l'intérêt à ces Mémoires.

De retour en Europe, Antommarchi, après un court séjour en Angleterre, se rendit auprès de l'archiduchesse Marie-Louise, à laquelle Napoléon l'avait adressé avant de mourir ; mais il ne resta point auprès de cette princesse, et ne tarda pas à quitter Parme et l'Italie pour venir s'établir en France. » Il eut peu de clientèle à Paris, et son existence y fut voisine de la gêne. En vain publia-t-il en 1823 un beau volume in-folio de *Planches anatomiques du corps humain*, les héritiers et les élèves de Mascagni l'accusèrent de plagiat. En 1831, le choléra ayant éclaté en Pologne, Antommarchi s'y rendit ; mais il ne tarda pas à s'aliéner « ses confrères, en se déclarant, sans autorité ni modération, généralissime des médecins envoyés par les gouvernements étrangers. Peu de temps après la Révolution de juillet, dit le docteur Isidore Bourdon, Antommarchi se souvint qu'il avait moulé la tête du héros mourant. Ce fut seulement à cette époque, environ neuf années après son retour de Sainte-Hélène, qu'il se décida à publier le masque de l'empereur. » Mais ce moule fameux fit moralement un tort immense au médecin qui l'avait publié. Comme il ne résultait point de cette empreinte d'un crâne illustre, que Napoléon offrit les reliefs osseux qui, selon Gall, auraient dû témoigner de ses facultés les plus glorieuses et les moins contestées, les adversaires de la phrénologie s'en firent une arme contre Gall et Spurzheim ; et là prirent source des disputes. On laissa planer des soupçons sur la véracité d'Antommarchi ; on alla, dans l'ardeur italienne et haineuse du début phrénologique, jusqu'à mettre en suspicion l'identité du plâtre envisagé comme matière. Fatigué de tant de tourments, Antommarchi, vers 1836, prit le parti désespéré d'aller faire de la médecine homœopathique à la Nouvelle-Orléans et ensuite à la Havane.

C'est à Santiago de Cuba qu'Antommarchi est mort, le 3 avril 1838. Et c'est là qu'en 1855, Napoléon III lui a fait élever un monument.

Dr Albertus.

(A suivre)

Comme autre signe de la transformation du papillome en carcinome, l'auteur a mentionné l'immobilisation des cordes vocales par la néoplasie.

— Dans un second article, l'auteur s'est occupé des indications de l'intervention opératoire dans les cas d'une tumeur maligne du larynx. Le siège de la tumeur et la durée de l'affection doivent entrer en première ligne de compte. Les chances les plus favorables de réussite se rencontrent dans les cas de carcinomes siégeant dans l'intérieur même du larynx, et surtout de ceux qui ont les cordes vocales comme point de départ. En pareil cas, le virus cancéreux peut rester longtemps cantonné dans l'appareil lymphatique du larynx, avant d'infecter l'ensemble de l'organisme et d'engendrer la cachexie. C'est ce qu'on observe surtout avec les carcinomes dérivés d'un papillome. A ce propos, M. Stoerk a cité le cas d'un malade, chez lequel il avait constaté en 1873, lors d'un examen laryngoscopique, un amas de papillomes bien isolés, implantés sur le tiers antérieur de la corde vocale (inférieure) gauche. Avec un écraseur en forme d'anse, il avait enlevé complètement la néoplasie, et le malade avait récupéré l'entier usage de sa voix. Plusieurs récidives successives nécessitèrent des ablations du même genre. En 1883, M. Stoerk constatait que cette fois le papillome avait évidemment subi la transformation carcinomateuse. Le malade se refusa à une opération radicale, jusqu'à ce que, par suite de l'accroissement progressif de la tumeur, il vint en proie à des accès de suffocation. Le professeur Billroth ayant jugé que l'extirpation radicale du larynx n'avait plus grande chance de sauver le malade, celui-ci fut renvoyé dans sa famille. Mais par ses instances pressantes, il parvint à décider M. Stoerk à tenter l'extirpation totale. L'opération est décrite par l'auteur dans tous ses détails. Elle a été faite le 13 janvier 1885; le 4 février, le malade retournait dans sa famille, entièrement rétabli des suites de l'opération et muni d'une canule trachéale, qu'il fallut peu de temps après remplacer par une autre, de forme différente, en raison des modifications survenues du côté du cou. Les dernières nouvelles reçues de l'opéré à la date du 3 novembre 1887 portent textuellement ce qui suit: « Je mange, je bois, je dors et je parle comme les autres personnes, sans éprouver aucune incommodité, j'ai augmenté sensiblement de poids; en un mot, je jouis d'une santé parfaite. » Pour expliquer le retour de la phonation, il importe d'ajouter qu'après l'opération il s'était formé dans le fond de la plaie deux replis antéro-postérieurs disposés absolument comme les cordes vocales supérieures ou fausses. Ces replis, dans la suite, s'étaient transformés en un anneau dans l'épaisseur duquel avait pénétré du tissu musculaire de voisinage; d'où un véritable sphincter, qui finit par acquérir la forme d'une fente ellipsoïde.

Incidemment, l'auteur a insisté sur les entraves qu'apporte à l'alimentation des opérés le port d'une sonde à demeure, d'où la tentative qu'il a faite chez son malade, de conserver intacte la paroi postérieure du larynx, c'est-à-dire la paroi antérieure de l'œsophage, tentative qui réussit en grande partie. Dès le quatrième jour après l'opération, le malade pouvait avaler ses aliments de la façon la plus naturelle, l'entrée de la canule se trouvant obstruée par un tampon iodoformé. Comme il avait été trachéotomisé avant l'opération, il respirait sans gêne, à travers une canule trachéale.

II. M. Hahn a rendu compte, dans une communication faite à la Société de médecine de Berlin, des résultats des extirpations totales ou partielles de larynx, au nombre de 15, qu'il a pratiquées personnellement, chez des sujets affectés d'un carcinome de cet organe.

Des 15 opérés, 2 peuvent être considérés comme définitivement guéris; chez l'un d'eux, l'opération a été pratiquée il y a sept ans. A cette époque, le malade, un homme, était âgé de 69 ans; il est donc aujourd'hui dans sa 76e année, et sa santé ne laisse rien à désirer. L'extirpation a porté sur la presque totalité du larynx: le cartilage cricoïde, toute une moitié du cartilage thyroïde et une partie de l'autre moitié de ce même cartilage, ainsi que l'épiglotte et un fragment de l'os hyoïde ont été enlevés. Cet homme est muni d'une canule; il arrive à se faire comprendre par la parole; son état général n'a rien laissé à désirer depuis l'opération. La tumeur était un carcinome kératoïde.

L'autre opéré, qu'on peut considérer également comme guéri, était porteur d'un néoplasme endo-laryngien extraordinairement bien circonscrit, contrairement à ce qui avait lieu chez le sujet précédent; c'est pourquoi l'intervention chirurgicale a été réduite à l'extirpation d'une moitié du larynx. Les préparations histologiques du néoplasme, qui ont fait l'objet d'une présentation, offrent les caractères irrécusables du carcinome. M. Hahn a présenté, d'autre part, des préparations histologiques provenant d'un carcinome du larynx, qu'il avait extirpé le même jour, ainsi qu'une moitié de l'organe. Du vivant du sujet, l'examen histologique de fragments relativement volumineux du néoplasme, excisés par la voie endo-laryngée, n'avait donné que des résultats douteux, contrairement à ce qui avait eu lieu dans le cas précédent.

En dehors des deux opérés dont il a été question, aucun des treize autres n'a retiré de l'opération une amélioration durable. L'un d'eux est peut-être encore en vie, mais les dernières nouvelles reçues sur son compte sont des plus mauvaises. Enfin, chez le second opéré considéré comme guéri, et qui habite Londres, il s'est formé dans ces derniers temps, au siège de la plaie consécutive à la trachéotomie, une petite excroissance qui n'est vraisemblablement, à l'idée de M. Hahn, qu'une chéloïde cicatricielle, et qui fera l'objet d'une surveillance attentive.

En somme, M. Hahn a conclu que ces résultats ne sont pas très brillants; il est vrai de dire que, dans la plupart de ces cas, l'extirpation partielle ou totale du larynx a été tentée très tardivement, comme on pouvait s'en convaincre par l'examen des préparations anatomiques présentées par l'auteur. C'est chez le malade de Londres, que l'opération a pu être faite à l'époque la plus rapprochée du début de la maladie.

Pour ce qui concerne le patient opéré en dernier lieu, c'est le plus jeune de toute la série: il n'a que 36 ans, et depuis une année seulement il avait présenté des troubles du côté du larynx. La présence d'un cancer dans cet organe a été constatée par M. Krause, qui a adressé le malade à M. Hahn, en vue d'une intervention radicale. Celle-ci, comme il a été dit déjà, a consisté dans l'extirpation d'une moitié seulement du larynx.

Entre autres préparations présentées par M. Hahn, il y en avait une provenant d'un sujet chez lequel l'auteur avait eu à intervenir 9 fois en l'espace de dix-huit mois, pour des récidives d'un néoplasme laryngé. A l'autopsie du sujet, on a reconnu que les ganglions lymphatiques en rapport avec le larynx n'étaient pas infiltrés. Dès 1885, M. Hahn avait signalé ce fait que dans les cas de carcinome du larynx, les ganglions

avoisinants se prennent relativement très tard. Il avait signalé aussi que les carcinomes qui tendent à subir l'induration cornée, les carcinomes kératoïdes, par exemple, comportent un pronostic plus favorable. Cette variété de néoplasmes est justiciable de l'intervention opératoire (extirpation du larynx), qui devra être tentée aussi tôt que possible. Au contraire, dans les cas de carcinomes mous, infiltrés, avec grande tendance à la désorganisation spontanée, il faudra s'en tenir à la trachéotomie, pratiquée quand survient de la gêne respiratoire.

Après avoir passé en revue les diverses préparations provenant de ses opérés, M. Hahn a présenté une canule, dont l'emploi rend d'excellents services au moment d'une extirpation totale ou partielle du larynx. Cette canule est entourée d'un manchon en « éponge préparée » et iodoformée. En s'imbibant de liquide, ce manchon se boursoufle, de façon à opérer l'occlusion parfaite de la trachée, la canule se trouvant en place. La canule interne est recourbée de haut en bas et munie d'un tube en caoutchouc, dont l'autre extrémité s'abouche avec un entonnoir recouvert de flanelle, sur lequel on verse du chloroforme. On peut ainsi achever l'opération pendant que le sujet est plongé dans un profond sommeil anesthésique, sans avoir à craindre que du sang pénètre dans la trachée et dans les bronches. La courbure donnée à la canule a pour but d'empêcher qu'elle ne gêne l'opérateur.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ CLINIQUE DES FIÈVRES LARVÉES (FIÈVRES DE MARAIS), par le docteur ALBERT TARTENSON, un volume in-8° de 262 pages. — Paris, F. Alcan, éditeur, 1887.

Voici un livre qui se présente avec des allures fort solennelles. On croit tenir entre les mains un vaste *Compendium* sur les fièvres larvées. Mais le papier est si épais, qu'en se reportant à la dernière page, on n'est pas trop étonné de constater qu'il n'y a que 262 pages. En outre, des pages blanches nous sont ménagées à l'occasion de chaque nouveau chapitre, je devrais dire ne nous sont pas ménagées. Puis, à la suite d'une dédicace à ce vénérable inspirateur de la théorie qui a présidé à la conception de cet ouvrage, à M. le docteur de Robert de Latour, vient une préface et une introduction qui nous amènent à la page 57. En sorte qu'il n'y a dans ce volume guère plus de 150 pages dues à la plume du signataire, M. le docteur Albert Tartenson. Et cependant nous avons sous les yeux une œuvre originale, très originale, trop originale peut-être, remplie d'hypothèses ingénieuses sans doute, séduisantes surtout et au plus haut degré, quelques-unes même fort vraisemblables, mais que la science positive de cette fin du XIXe siècle aimerait voir vérifiées et démontrées expérimentalement. Ce livre sort nettement de l'ornière banale où semblent rouler presque toutes les monographies et productions médicales de notre époque.

L'auteur nous mène donc par des chemins si nouveaux qu'on le suit avec intérêt et non sans plaisir. Dans sa marche, il remue des idées, et offre parfois à notre curiosité les points de vue les plus inattendus.

Mais cherchons d'abord à dévoiler à nos lecteurs la pensée génératrice, l'idée mère de ce travail. Il nous suffira d'écouter l'auteur de la préface, M. Georges Barral « ancien élève de Claude Bernard ».

Après avoir admis en principe que la respiration est une oxygénation, il fallait, dit-il, découvrir la source de la calorification animale et déterminer son mécanisme. Les cliniciens et les physiologistes se sont exercés avec ardeur à ces recherches. C'est ainsi que le docteur Albert Tartenson, examinant sans parti-pris les faits cliniques nombreux qu'il a eu à sa disposition, est arrivé à conclure que la théorie physiologique du docteur de Robert de Latour est la seule qui explique exactement tous les phénomènes morbides et conduise à la bonne thérapeutique. Cette théorie peut se résumer en quelque sorte sous le nom de *Théorie de la capillarité*, tandis que celle de Claude Bernard serait celle des vaso-moteurs. D'après Cl. Bernard, la progression du sang dans tout l'appareil vasculaire est la conséquence de la contraction ventriculaire, laquelle produit l'impulsion circulatoire. Le cœur joue un rôle prépondérant. Les combustions organiques varient suivant l'accélération ou le ralentissement du cours du sang qui est réglé par les nerfs vaso-moteurs, dont le rôle consiste à rétrécir ou à dilater les vaisseaux, par conséquent à accélérer ou à ralentir la circulation.

L'élévation de la température consécutive à la section d'un filet du grand sympathique est le résultat de l'accumulation du sang dans toute la région dans laquelle les nerfs vaso-moteurs se trouvent frappés de paralysie à la suite et par le fait de l'opération.

Dans la doctrine du docteur de Robert de Latour, on apprend que la progression du sang dans tout l'appareil vasculaire est comme celui des liquides dans les tubes capillaires rigides, la conséquence de l'action de la chaleur. Loin d'être ici l'agent principal de la circulation, le cœur n'est que le régulateur et le modérateur du courant circulatoire. La chaleur, véritable élément de la circulation, a son foyer dans l'intimité des tissus où elle se développe, grâce à l'influence des filets nerveux du nerf grand sympathique. Ces filets nerveux sont donc considérés, non plus comme des vaso-moteurs, mais bien comme des thermo-régulateurs.

C'est en s'inspirant des idées doctrinales et des principes de physiologie expérimentale de Claude Bernard, que le docteur Albert Tartenson, ardent partisan de la théorie capillaire de la chaleur animale du docteur de Robert de Latour, s'est décidé à publier le traité clinique dont M. Barral recommande la lecture et la méditation à tous les médecins, car il est le fruit d'une longue et heureuse pratique. « Il leur enseignera des vérités expérimentales qu'il ne faut pas négliger — qu'on doit toujours marcher, par exemple, le thermomètre à la main, dans nombre d'affections dont le caractère ne peut être révélé que par l'élévation de température, critérium expérimental par excellence, et qui concorde admirablement bien aussi avec les belles découvertes d'un autre grand physiologiste de l'École actuelle, M. Pasteur, qui a éclairé la question d'une nouvelle lumière, en démontrant que l'augmentation de chaleur est due à la présence d'un principe infectieux dans le sang ».

Le livre comprend treize chapitres, dans lesquels sont successivement traités les questions de l'origine, de la nature des fièvres larvées, les formes variées que revêt l'impaludisme, fièvres intermittentes simples, graves, irrégulières, chroniques ; cachexie paludéenne. Car nous ne devons pas oublier de dire que M. Tartenson étend le nom de *Fièvres larvées* à tout ce qui peut avoir un lien de parenté avec la Malaria, et même

un peu au-delà. Ainsi, il décrit une fièvre larvée : pneumonique ou pneumonie paludéenne ; bien mieux, c'est à l'impaludisme seul que seraient dus les ravages causés chaque année par la maladie : *dite Fluxion de poitrine*, proposition qui paraîtra à beaucoup un peu exagérée. Puis vient la fièvre larvée méningitique, la fièvre larvée typhoïde qui ne serait qu'une fièvre continue paludéenne, ou encore une fièvre rémittente. La fièvre larvée dysentérique, la fièvre larvée angineuse, gastrique, alternante, et enfin les fièvres larvées malignes et pernicieuses, forment le sujet des chapitres suivants.

L'ouvrage se termine par un dernier chapitre consacré au traitement des fièvres larvées ; chapitre bourré de bons conseils, quoiqu'ils n'aient rien de bien neuf. Mais qu'importe, si les conseils sont excellents.

Une critique en règle de ce livre serait facile, d'autant plus qu'il sort du commun, qu'il n'a pas été composé dans le moule ordinaire de nos traités pathologiques. Cette critique, je ne m'attarderai pas à la faire. Bien au contraire, je conseillerai la lecture de ce volume aux esprits avides d'imprévu, curieux de recherches personnelles. Car c'est un travail qui ne manque pas de mérite, d'intérêt ni de charme.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

L'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche, par M. P. Frelin. — Thèse de Paris, 1887.

On doit tenter la réduction de toute luxation. Mais tandis que les méthodes de douceur conviennent aux cas anciens, les cas récents peuvent être encore justiciables des méthodes de force prudemment et modérément employées. Ici, en effet, la cavité cotyloïde est libre, il n'existe pas d'adhérences et les muscles et les ligaments, surtout l'iléo-fémoral, restent seuls cause de l'irréductibilité. L'insuccès peut néanmoins répondre à tous ces efforts, il ne reste plus dès lors qu'à opérer soit en pratiquant l'ostéotomie sous-trochantérienne suivie du redressement de la cuisse, s'il existe une ankylose serrée et complète, soit en pratiquant l'arthrotomie accompagnée de réduction, s'il persiste des mouvements assez étendus de la tête fémorale.

Une des sept observations que rapporte l'auteur, recueillie dans le service de M. Polaillon, a été le point de départ de cet intéressant travail.

Ch. Amat.

BULLETIN

Union médicale des Sociétés de secours mutuels du département de la Seine.

Sous le titre qui précède, les Sociétés de secours mutuels du département de la Seine viennent de se constituer en une sorte de fédération pour organiser un service médical commun. Nous avons reçu, comme sans doute tous nos confrères de Paris et de la banlieue, une lettre du Président de l'Union, nous informant de sa constitution, nous faisant connaître quelques-uns de ses statuts, et nous demandant s'il nous est agréable de faire partie du nouveau service medical. Il est bon, tout d'abord, de reproduire ici les extraits des statuts et du règlement médical.

Extraits des Statuts.

Art. 8. — Le nombre et le choix des médecins, ainsi que leur répartition par circonscription, seront fixés par l'Assemblée générale sur la proposition du Conseil, en tenant compte du nombre des sociétaires résidant dans chaque circonscription.

Art. 9. — Les honoraires des médecins sont réglés à l'abonnement. Le taux annuel de cet abonnement est uniformément fixé à 2 francs par sociétaire (homme ou femme) et à 1 franc par enfant âgé de moins de seize ans.

(Maximum à fixer pour les familles nombreuses.)

Art. 10. — Un règlement de service médical sera établi par le Conseil et proposé à l'acceptation des médecins de l'Association. Avant sa mise en vigueur, le règlement devra avoir été adopté à l'Assemblée générale.

Extraits du Règlement médical.

Les médecins seront nommés par l'Assemblée générale sur la présentation du Conseil (art. 8 des statuts).

Les honoraires seront réglés trimestriellement et par part, en prenant pour base de l'abonnement annuel l'effectif de l'état des sociétaires fourni par le Conseil au commencement de l'année. (Art. 11 des statuts.)

Il ne sera pas fait de compensation sur le montant de l'abonnement annuel en raison des variations d'effectifs résultant d'admissions, de démissions, de radiations, de décès ou changements de domicile.

Les sociétaires changeant de domicile dans le cours d'une année auront droit aux soins du médecin de la circonscription qu'ils viendront habiter.

Les médecins devront se rendre chez les sociétaires malades dans le plus bref délai possible.

Les médecins devront visiter les candidats.

Tout médecin malade ou absent devra se faire remplacer. En cas de démission, le Président de l'Union devra être avisé trois mois à l'avance.

Le but que les Sociétés de secours mutuels se sont proposé en s'unissant entre elles est évidemment un but économique. C'est très-bien si les économies en perspective ne doivent pas être réalisées au détriment d'autres corps professionnels. Or, dans l'espèce, il nous semble que le corps médical est assez maltraité : la démonstration en est facile.

L'abonnement est fixé à 2 francs par sociétaire et par an. Les journées de maladie étant, d'après la statistique officielle, de 5 en moyenne par sociétaire et par an, les honoraires de chaque visite sont de 2/5 = 0 fr. 40. Ceci est pour les adultes. Mais, pour les enfants au-dessous de 16 ans, l'abonnement est de 1 fr. Le prix de la visite n'est plus que de 0 fr. 20 et, si l'on songe que la moyenne des jours de maladie est certainement plus élevée pour les enfants que pour les adultes, on voit que ce prix descend encore plus bas.

Ce n'est pas tout : la parenthèse « Maximum à fixer pour les familles nombreuses » permet de penser que les chiffres précédents seront encore diminués pour ces familles, et l'on aperçoit ainsi le chiffre vraiment dérisoire auquel descendra le prix de chaque visite. Enfin « les médecins devront visiter les candidats », et comme les admissions nouvelles, en supposant même que les candidats soient admis, ne changeut rien à l'abonnement annuel déjà fixé, ces visites seront gratuites.

Or, pour des honoraires aussi exigus, le médecin sera à la merci des malades, dont la discrétion est plus que problématique; il est, en effet, d'après le réglement, tenu « de se rendre chez les sociétaires malades dans le plus bref délai possible ».

Les médecins étant répartis par circonscriptions dont le nombre et l'étendue sont fixés par l'Union générale des Sociétés de secours mutuels, on espère sans doute arriver facilement, pour chaque circonscription, à un total annuel d'honoraires capable d'attirer les médecins. Mais avant de se laisser ainsi allécher, ceux-ci feront bien de réfléchir à la somme de travail, de fatigue, de véritables sacrifices qu'en revanche on exige d'eux; ils auront peu de peine à se convaincre que la balance n'est pas égale.

Il y a déjà longtemps que cette question des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels est à l'ordre du jour. Il en est peu qui touchent de plus près aux intérêts matériels de la profession. Elle a été déjà l'objet d'études et de discussions au sein de plusieurs Sociétés et syndicats médicaux. Elle mérite plus que jamais de fixer l'attention du corps médical tout entier, et d'être portée devant les grandes assises professionnelles. Si, en effet, l'exemple de Paris est suivi en province et que, dans chaque centre un peu important, les Sociétés de secours mutuels forment de vastes Associations, ce n'est qu'en nous associant nous-mêmes que nous pourrons lutter contre l'exploitation dont nous sommes menacés, et sauvegarder à la fois nos intérêts et notre dignité.

Dr F. de Ranse.

NOUVELLES

Facultés et Ecoles des départements. — Par arrêtés du 7 décembre :

1o La chaire de zoologie de la Faculté des sciences de Lille est déclarée vacante;

2o Un concours s'ouvrira le 15 juin 1888 à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen;

3o Un concours s'ouvrira le 15 juin 1888 à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole;

4o Un concours s'ouvrira le 15 juillet 1888 à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen;

5o Un concours s'ouvrira le 3 novembre 1888 à la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

— La date d'ouverture de la prochaine session de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui doit avoir lieu à Oran, sous la présidence de M. Laussedat, est définitivement fixée au jeudi 26 mars 1888.

En prévision des difficultés matérielles que présente l'organisation de ce Congrès et en vue d'éviter l'encombrement qui résulterait d'inscriptions prises à la dernière heure et qui augmenterait les embarras du voyage et du séjour pour les personnes qui prendront part à la session, le Conseil d'administration a décidé que seuls, les membres figurant sur les listes de l'Association de 1887, seront assurés de bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du Congrès d'Oran.

Les membres de l'Association qui seraient dans l'intention d'assister audit Congrès, sont priés de se faire inscrire le plus rapidement possible. Il va sans dire que cette indication ne constitue de leur part aucun engagement ferme.

— La loi dont la teneur suit a été promulguée le 10 décembre 1887 :

Article premier. — Un prix sera décerné à la personne qui découvrira un procédé simple et usuel pouvant être mis en pratique par les Agents de l'Administration pour déterminer, dans les spiritueux du commerce et les boissons alcooliques, la présence et la quantité des substances autres que l'alcool chimiquement pur ou alcool éthylique.

Art. 2. — L'Académie des sciences de l'Institut de France est chargée de déterminer les conditions dans lesquelles le prix devra être décerné, et de le décerner conformément au programme qu'elle aura arrêté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Cambours. De la cystite primitive idiopathique.—M. Deumié. Contribution à l'étude des réitérations de la fièvre typhoïde. — M. de Malberbe. Des avantages de la laparotomie par l'ouverture de certains abcès profonds du bassin. — M. Lyon. Essai sur les rétrécissements du vagin, congénitaux et acquis.—M. Desmoulins. Quelques considérations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite blennorrhagique.

M. Provendier. De l'intervention chirurgicale dans la sacrocoxalgie. — M. Roger. Contribution à l'étude de la diphthérie. — La diphthérie au Havre; sa dissémination; ses causes; moyens de les combattre. — M Albert. Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. — Traitement. — M. Foubert. Variations passagères du volume du cœur. — M. Bex. Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale. — M. Delbecq. Des fractures simples des os du carpe. — M. Malpas. Contributions à l'étude clinique des tumeurs de l'orhite.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1886-1887.

106. M. Colle. Des complications oculaires dans l'érysipèle de la face. — 107. M. Fassy. Considérations sur l'état mental dans le diabète.—108. M. Lallour. Contribution à la géographie médicale. — 109. M. Suzanne. Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche. — 110. M. Kecgrohen. Etude sur la pathologie de Taïti.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 4 au samedi 10 décembre 1887

Fièvre typhoïde 49.—Variole 5.— Rougeole 10.— Scarlatine 8. — Coqueluche 3.— Dipthérie, croup, 29 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 152.— Autres tuberculoses 23. — Tumeurs : Cancéreuses 51. — Autres 4. — Méningite 40. — Congestion et hémorr. cérébr. 49. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 11.—Maladies organiques du cœur 64.— Bronchite aiguë 23. — Bronchite chronique 32. — Broncho-pneumonie 19.— Pneumonie 46 — Gastro-entérite : Sein 9. — Biberon 19. — Autres 9. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 27. — Sénilité 17. — Suicides 11. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de

mort 161. — Causes inconnues 14. — Total de la semaine: 904 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1881 et 1882, par M. le docteur Péan, suivies des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1881 au 1er janvier 1883 et de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1886, avec figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, 1887, Félix Alcan, éditeur.

Des anesthésies hystériques, par le docteur A. Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, leçons recueillies par M. le docteur Davezac, médecin adjoint des hôpitaux. — Bordeaux, 1887, imprimerie G. Gounouilhau.

Réflexions sur les ectasies gastriques (variétés anatomiques). — Distension, atonie, dilatations de l'estomac, par M. le docteur Charles Malibran, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. — Nancy, 1887, imprimerie Berger-Levrault.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice Sollier, née Mathieu-Dubois. Un volume in-8 de 180 p., avec 32 figures. — Paris, publications du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

Nos grandes Écoles militaires et civiles: Ecole navale; école spéciale militaire; Ecole polytechnique; Ecole centrale des arts et manufactures; Ecole des beaux-arts; Ecole de médecine; Ecole de droit; Ecole normale supérieure; Ecole forestière, par Louis Rousselet. Un volume illustré de gravures d'après A. Lemaistre, Fr. Régamey et P. Renouard. — Prix : broché, 7 fr.; cartonné, tranches dorées, 10 fr.

Le couronnement des études universitaires, la consécration pratique du travail de la première jeunesse ne s'acquiert en France que par le passage dans une des grandes écoles de l'Etat. La grande majorité de l'élite de la jeunesse française se préoccupe de connaître ces Ecoles qui sont le but de ses désirs et de ses travaux. Et cependant, à part les conditions d'admission publiées dans les programmes officiels, nous ne connaissons rien de ce qui s'y passe, de la vie qu'on y mène, du travail qui s'y fait, que par ouï-dire; aussi les nouveaux, les aspirants sont-ils avides de recueillir quelques détails de la bouche des anciens qui ont déjà le bonheur d'en être. M. Louis Rousselet a eu l'heureuse idée de retracer la description complète et animée de chacune de nos grandes Ecoles; et pour donner à son travail la précision, l'exactitude, la vérité qui en fait le mérite, il ne s'est pas contenté de visiter chaque Ecole dans tous ses détails, d'étudier son fonctionnement, de s'enquérir près des professeurs et des élèves, il a voulu encore séjourner dans plusieurs d'entre elles, pour mieux pénétrer les secrets de la vie d'écolier.

La plupart de ses descriptions, publiées déjà dans le Journal de la Jeunesse, y ont été accueillies avec la plus grande faveur par les jeunes gens. Cet ouvrage, qui nous initie aux coutumes particulières de chaque École, à sa vie propre comme aussi à son langage spécial, illustré de gravures qui traduisent aux yeux les scènes qui y sont le plus habituelles, répond aux désirs, non seulement des jeunes gens curieux de connaître par avance les Ecoles où ils rêvent d'entrer, mais encore aux parents qui veulent suivre du regard et de la pensée leurs enfants hors de la maison paternelle.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE

DE L'ACTION DE L'ANTIPYRINE DANS L'ÉPILEPSIE, par M. GEORGES LEMOINE, agrégé, médecin adjoint à l'asile de Bailleul.

Tandis que l'antifébrine n'a donné aucun résultat dans le traitement de l'épilepsie, l'antipyrine, à mon avis, paraît être appelée à rendre des services, du moins dans certains cas; mais son emploi ne sera certainement jamais généralisé et devra être réservé pour des formes particulières de la névrose. Les propriétés nervines si remarquables de ce médicament l'ont fait expérimenter successivement, avec des fortunes diverses, dans la plupart des affections nerveuses, et l'épilepsie n'a pas été exceptée. Il ne semble pas qu'il ait bien réussi contre cette dernière, car il a été vite abandonné, par ceux même qui l'avaient prôné, comme étant très inférieur au bromure de potassium et aux autres médications. Tout au plus a-t-il produit une légère amélioration chez quelques malades entre les mains du professeur G. Sée, et encore était-il associé au bromure. Je le répète, l'antipyrine n'est pas et ne sera jamais un spécifique de l'épilepsie. Je ne crois pas davantage, jusqu'à plus ample informé, qu'elle puisse amener à elle seule la guérison de la maladie, mais elle n'en est pas moins précieuse pour modifier avantageusement la marche des accès dans des cas particuliers, notamment dans ceux où il existe une relation entre l'épilepsie et la fonction menstruelle.

Reprenant les expériences de M. G. Sée, sans me laisser décourager par les résultats négatifs qu'il avait obtenus, j'ai commencé par donner une dose journalière d'antipyrine à un certain nombre d'épileptiques de mon service, prises indistinctement parmi celles qui avaient très fréquemment des crises. Plusieurs furent dès le début influencées heureusement par le médicament et virent leurs crises s'espacer; les autres n'en éprouvèrent aucun effet, et le nombre de leurs accès resta ce qu'il était auparavant. Ceci tend à prouver que l'antipyrine a une action élective et que cette action est en rapport avec la nature ou la cause des accès chez les malades où elle se produit.

Un premier groupe d'épileptiques où l'antipyrine réussit à espacer les accès est constitué par les femmes dont la névrose est plus ou moins liée à la menstruation. En voici trois exemples :

OBSERVATION I. — Lef... présente chaque mois un nombre considérable d'accès; elle reste rarement plus de deux ou trois jours sans en avoir. Au moment de ses règles, elle en a chaque jour et plusieurs de suite. Du 11 septembre au 11 octobre, on a compté 37 accès épileptiques, dont 15 pendant la période menstruelle. Le 12 octobre 1887, elle commence à prendre chaque jour 2 grammes d'antipyrine en potion; ses accès disparaissent aussitôt, et elle reste douze jours sans en avoir un seul. Le 24 octobre, la médication, est interrompue pendant trois jours, et la malade présente

FEUILLETON

ELOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Messieurs,

Le 16 mai 1885, toute la ville d'Angoulême était en fête; elle allait rendre un public et solennel hommage à la mémoire du plus illustre de ses enfants, en inaugurant la statue que venaient d'élever à M. Bouillaud la reconnaissance et l'admiration de ses anciens élèves et de ses concitoyens.

Lorsque le voile qui recouvrait le bronze eut été enlevé, des applaudissements enthousiastes éclatant de toutes parts saluèrent l'œuvre du jeune artiste qui avait su rendre avec tant de talent et de vérité les traits si nettement dessinés de ce visage au front large, intelligent, à l'expression à la fois sérieuse et bienveillante, et aussi l'attitude, le geste habituel et tout l'aspect extérieur de celui que reconnaissait et acclamait la population tout entière.

A ce moment, des voix plus autorisées que la mienne rappelérent, en termes éloquents, les travaux du maître. Il semblait donc que rien ne pût être ajouté à de pareils panégyriques, et cependant j'ai tenté de faire revivre encore une fois, dans cette enceinte, l'image du vénéré collègue qui avait tant de droits au souvenir et aux regrets de notre compagnie, dont il a été pendant plus de cinquante ans l'honneur et l'ornement.

Lorsque appelé par vos libres suffrages à remplacer M. Béclard, je me suis trouvé en présence du devoir que me créait cet honneur, de prononcer, à la séance annuelle, l'éloge de l'un de nos illustres morts, ce qui a fixé mon choix sur M. Bouillaud, ce qui m'a rendu assez osé pour parler de lui après des orateurs tels que MM. Roger, Vulpian et Laboulbène, et pour m'exposer ainsi à de dangereuses comparaisons, ce n'est pas seulement le sentiment d'admiration et de respect qui m'avaient inspiré, dès le début de mes études, son talent et l'élévation de son caractère, c'est aussi la pensée que les découvertes qui donnent à sa personnalité un si haut relief, n'avaient pas encore été suffisamment mises en lumière.

D'ailleurs, à côté du savant, il y a l'homme qui, par la pureté de

neuf accès pendant ce temps. Le 28, l'antipyrine est donnée à nouveau, et on ne compte pas un seul accès jusqu'à la période menstruelle de novembre. A ce moment, ils reparaissent malgré le traitement, au nombre de sept en six jours. Depuis cette époque, l'amélioration a continué, et l'apparition des règles, au mois de décembre, n'a pas ramené un seul accès.

Obs. II. — Del..., jeune fille qui, depuis plusieurs années, est atteinte d'épilepsie et dont les accès reviennent périodiquement au moment des règles ; ils sont souvent en série, et elle en a présenté jusqu'à 20 en un seul jour. Le traitement par l'antipyrine (2 gr. par jour) est commencé le 19 octobre, après les menstrues, pendant lesquelles elle avait eu 11 accès. Ils disparaissent alors; elle en a un seul le 10 novembre, et ses règles viennent sans les ramener. Le même résultat vient de se produire en décembre ; elle a eu seulement une série de trois attaques, causée tout dernièrement par une émotion violente, la menstruation étant terminée depuis plusieurs jours.

Voici donc une malade qui, chaque mois, avait de 20 à 30 accès, groupés en un court espace de temps, et qui depuis plus de deux mois n'a eu que quatre attaques et a vu ses périodes menstruelles se passer, contre leur habitude sans malaise et sans accès.

Il faut ajouter, et ceci a son importance, que cette jeune fille est migraineuse depuis qu'elle est devenue épileptique. Habituellement, elle a chaque semaine de 2 à 4 accès de migraine durant chacun vingt-quatre heures. Au moment des règles, la migraine persiste presque sans rémission. Depuis le jour où elle a commencé à prendre de l'antipyrine, cette complication a tout-à-fait disparu.

L'observation suivante est également très concluante :

Obs. III. — Dec..., épilepsie liée très intimement à la menstruation. Cette malade n'a d'accès qu'un seul jour par mois, au moment des règles, mais elle est alors extrêmement souffrante, et on compte ce jour-là des abcès subintrants en grand nombre. Le 3 novembre, les règles devant venir le 6, on commence à lui donner de l'antipyrine. Pour la première fois depuis plusieurs années, la période se passe sans accès. Le traitement est continué sans interruption à partir de ce moment, et la période menstruelle de décembre a également lieu sans ramener d'attaques. Le 6 décembre, il y a deux mois qu'elle n'a pas eu une seule attaque.

On est en droit de conclure des faits que je viens de citer que l'emploi de l'antipyrine est indiqué dans les cas où les accès épileptiques reviennent chaque mois avec une plus grande fréquence que d'habitude, pendant la période des règles.

Au début, et chez les malades dont je donne l'observation, je prescrivais l'antipyrine tous les jours, sans interruption, que la malade fût ou non en imminence d'accès; aujourd'hui, je ne la donne plus que quelques jours avant les règles, de façon à ce qu'elle n'agisse qu'au moment précis où elle est utile. Cette pratique est préférable, car il semble qu'il y ait une accoutumance du sujet à ce médicament et que son action soit moins sûre quand on le donne journellement pendant longtemps.

L'antipyrine amène aussi une disparition, ou tout au moins un retard notable, des accès chez les épileptiques migraineuses. Son action est même plus nette chez elles que chez les précédentes.

Dans un grand nombre de cas où le médicament était expérimenté tout-à-fait au hasard, chez des épileptiques ayant des accès très fréquents et ne présentant aucune indication thérapeutique spéciale, il n'a donné aucun résultat. Dans quelques-uns, cependant, il a fait disparaître momentanément les accès, qui ont ensuite reparu comme avant, une fois l'accoutumance produite. Ceci nous explique la défaveur jetée sur l'antipyrine à la suite des nombreux insuccès que donne son emploi dans l'épilepsie, quand il n'est pas basé sur des indications précises.

Obs. IV. — Par... (Adèle). Accès assez fréquents et survenant sans régularité et sans cause occasionnelle appréciable, 15 à 28 par mois en moyenne. Jamais elle ne reste plus de quatre jours sans en avoir. Antipyrine à dater du 14 octobre. Les accès sont quatorze jours sans se montrer; puis, malgré le traitement, ils apparaissent de nouveau et continuent à peu près comme par le passé, quoiqu'avec une fréquence un peu moindre.

Obs. V. — Dol. Attaques épileptiques fréquentes et très violentes, moyenne de 50 à 70 par mois; intelligence très affaiblie. A dater du 14 octobre, jour où elle commence à prendre de l'antipyrine, elle reste sept jours sans avoir d'accès. Le traitement est interrompu trois jours, et elle a dix accès pendant ce temps. La reprise de l'antipyrine coïncide avec une nouvelle accalmie, mais plus courte que la première. Néanmoins, le nombre mensuel des accès a beaucoup diminué ; il était de 63 du 14 septembre au 14 octobre, avant le traitement; il fut ensuite, avec l'antipyrine, de 39

sa vie, par sa probité scientifique et son désintéressement professionnel, m'apparaît comme l'un des plus nobles représentants de la grande corporation médicale française, qui, pendant près d'un demi-siècle, a été, par l'éclat de son enseignement, non moins que par sa haute et inattaquable honorabilité, l'éducatrice et le modèle des médecins du monde entier. Et, en un temps où la plupart de nos gloires scientifiques sont contestées, en un temps où, au delà de nos frontières, et aussi souvent en deçà, on affecte de dédaigner les maîtres qui ont illustré la première moitié de ce siècle, et de faire le silence autour de leurs noms et de leurs œuvres, j'ai pensé qu'il était juste qu'ici du moins, et à l'occasion de cette solennité, une voix s'élevât pour protester contre cet ingrat déni de justice et pour apprendre aux jeunes générations qu'à une époque encore récente, mais que les merveilleuses promesses de la science actuelle semblent avoir reléguée déjà dans un passé lointain, il y a eu de grands esprits dont les découvertes ont enrichi notre patrimoine scientifique, jeté sur la médecine française le plus vif éclat et préparé, en définitive, les progrès qui nous étonnent aujourd'hui.

M. Bouillaud a été de ceux-là et l'un des premiers parmi les plus grands et, à ce titre, il méritait, je ne le comprends que trop, un panégyriste plus digne de lui.

Certes, je n'avais pas attendu cette dernière et périlleuse épreuve pour sentir tout le poids des fonctions que vous m'avez confiées ; mais c'est surtout lorsqu'il m'a fallu saisir mon modèle et lui donner la vie, que j'ai pu mieux mesurer encore toute la distance qui me sépare de mon éminent prédécesseur ; lui seul eût été à la hauteur de la tâche que j'ai entreprise et, bien certain de ne pouvoir l'égaler, je fais appel à l'indulgence de mes collègues : elle ne sera qu'une nouvelle forme de leur constante bienveillance pour moi.

M. Bouillaud est né le 16 septembre 1796, au hameau de Bragette, peu éloigné d'Angoulême, et situé sur le penchant d'une colline qui descend par une pente presque insensible jusqu'à des prairies du plus riant aspect ; au milieu de ce paysage charmant, à quelques pas de l'humble demeure qui a vu naître M. Bouillaud, existe encore aujourd'hui la tuilerie qui constituait alors, avec l'habitation, tout l'avoir de ses parents.

M. Bouillaud aimait à revoir les lieux où s'étaient écoulées ses premières années et une partie de sa jeunesse, et chaque fois qu'au

le mois suivant, puis de 21 pendant ce dernier mois. L'amélioration est notable, et ce n'est pas une coïncidence, car le relevé des crises de chaque mois depuis deux ans montre que jamais leur nombre n'avait été aussi faible.

Il est important d'ajouter que si l'antipyrine réussit parfois à faire disparaître les accès ou à les éloigner, elle ne diminue en aucun cas leur intensité. Chez une malade, ils peuvent devenir relativement rares, mais ils conservent toujours leur violence primitive.

Enfin, une dernière catégorie de malades qui se trouvent bien de l'antipyrine sont ceux qui ont des accès larvés, surtout quand ces accès, n'amenant aucun trouble moteur, restent limités à des troubles psychiques. Elle m'a donné de bons résultats chez les vertigineux et dans diverses formes de petit mal. Ce sont même avec les épilepsies menstruelles et migraineuses les seuls cas où elle soit indiquée. La raison en est peut-être que les accès larvés se produisent souvent chez des sujets qui présentent des névralgies, de la céphalée et surtout de la migraine ; elle agirait d'abord et avant tout sur ces phénomènes, et par suite sur les accès qu'ils tiennent plus ou moins sous leur dépendance. L'antipyrine est également efficace contre les accès d'agitation qui remplacent parfois les attaques ordinaires chez les épileptiques aliénés ; elle ramène le calme plus rapidement que le bromure.

En résumé, si l'antipyrine est sans action sur la majorité des épileptiques, elle n'en donne pas moins de bons résultats chez ceux qui rentrent dans l'une des catégories suivantes :

1° Les épileptiques dont les accès sont influencés par la menstruation ;

2° Les épileptiques qui n'ont que des accès larvés ;

3° Les épileptiques migraineux.

Une dose journalière de 2 gr. suffit dans la majorité des cas, et son emploi peut être prolongé pendant fort longtemps sans aucun danger pour le malade. Il ne semble pas qu'il y ait avantage à continuer le traitement sans interruption, car le malade s'habitue au médicament, qui finit par ne plus agir : mieux vaut ne s'en servir que lorsqu'on prévoit qu'une période de crises va survenir. L'antipyrine doit être préférée au bromure de potassium dans les cas que nous avons indiqués.

CHIRURGIE

DE LA THORACOPLASTIE, par M. le docteur CHARLES AMAT médecin-major.

Suite et fin. — Voir les numéros 49 et 51.

12 améliorés.

Par de Cérenville (1).—1. G.-J., 43 ans. Fistule de cinq mois. En mars 1879, résection de 5 centimètres des 6e et 7e côtes. Cinq mois après, résection nouvelle de 3 et 5 centimètres des 6e, 7e et 8e côtes. Rétraction notable. Cavité amoindrie. Amélioration.

2. — H..., 52 ans. Fistules pleuro-bronchiques. Résection costale en 1881. Excavation fermée. Petite fistule.

3. — G..., 21 ans. Fistule pleuro-bronchique. En novembre 1885, résection costale. Nouvelle opération deux mois après. Guérison de la fistule primitive, mais apparition d'une fistule pleuro-cutanée.

Par J. Bœckel (2) — 4. J.-P., 35 ans. Fistule de quatre mois. Résection en novembre 1882 de deux fragments de côtes de 7 centimètres, et onze mois plus tard, nouvelle résection portant sur 4 côtes. Etat général excellent. Amélioration très notable.

Par J. Berger (3). — 5. L.-H., 59 ans. Fistule de deux ans. En 1882, résection de 6 centimètres de la 9e côte. Nouvelle résection six mois après des 8e et 7e dans une étendue de 8 à 3 centimètres. La cavité ne renferme plus que 100 grammes.

6. — F.-P., 22 ans. Empyème pulsatile. Fistule de sept mois. En août 1883, résection de 1 centimètre de la 7e côte et de 2 à 3 centimètres de la 8e, 4 cent de la 6e, 3 1/2 de la 5e et 3 de la 4e. Cavité énorme. Rétraction incomplète.

Par Horanzi (4).—7. T.-V., 36 ans. Tuberculeux. Cavité 1500 gr. En janvier 1882, résection de 3 centimètres de la 4e, 3 1/2 de la 5e, 4 de la 6e et 7e. Au bout de six mois, la cavité ne renferme que 75 grammes.

8. — A.-H., 22 ans. Deux thoracentèses. Fistules. Résection en février 1882 de 2 1/2 cent. des 6e et 7e côtes. Augmentation de poids du malade. Grande amélioration.

Par L. Championnière (5). — 9. M.-J.-B., 49 ans. Cavité de 24 centimètres. En novembre 1884, résection de 6 centimètres de la 7e côte, 6 1/2 de la 6e, 6 de la 5e, 6 de la 4e, 4 de la 8e. Trois

(1) *Loco citato.*
(2) *Fragments de chirurgie antiseptique*, 1882.
(3) BULL. DE LA SOC. DE CHIR., *loco citato.*
(4) *Loco citato.*
(5) Idem.

temps de sa plus grande prospérité, il venait prendre quelque repos dans le beau domaine qu'il avait en partie créé, à quelques lieues de là, il ne manquait jamais de retourner à Bragette, de visiter la maison paternelle et de traverser la tuilerie pour se rendre au village de Garat, par la route qu'il suivait autrefois pour aller à l'école.

Ce pèlerinage, auquel M. Bouillaud était resté fidèle, j'ai voulu le faire à mon tour : j'ai voulu voir, avant de parler de la première période de sa vie, la petite maison pieusement entretenue par sa famille, la tuilerie, l'école, et cette excursion, qui me faisait retrouver tant de souvenirs du maître, m'a laissé la plus douce impression.

En parcourant des yeux la très modeste chambre où jadis toute la famille se retrouvait à la veillée, ma pensée se reportait sur ces honnêtes artisans ; je les voyais, attendant chaque soir, après le rude labeur du jour, le retour de l'enfant dont les succès constants à son école les faisaient aspirer déjà pour lui à une situation moins humble que la leur ; je comprenais par quels efforts de travail et quels prodiges d'économie ils étaient arrivés à pouvoir le doter d'une instruction plus complète et plus élevée que celle qu'il pouvait recevoir du maître d'école de Garat, et je comprenais aussi quelles avaient dû être leurs joies et leurs espérances, lorsqu'ils apprenaient qu'au lycée d'Angoulême, dont ils étaient parvenus à lui faire suivre les cours, le *petit campagnard de Bragette*, ainsi que l'appelaient ses condisciples, s'était de suite mis hors de pair, remportant tous les prix et couronnant tous ses succès, en 1813, par le prix d'excellence.

Je ne m'excuse pas de m'être arrêté ainsi sur ces souvenirs, car il me semble que nul ici ne peut les entendre rappeler avec indifférence. Quant à moi, je ne m'en cache pas, je les trouve vraiment touchants ; et, de plus, j'estime qu'ils seraient pour toutes les démocraties, et particulièrement pour la nôtre, d'un salutaire exemple. Je tiens, en effet, pour de vrais démocrates, démocrates sans le savoir, et démocrates dans le sens le plus exquis et presque idéal du mot, ces braves gens que le hasard de leur naissance a placés parmi les humbles malaisés et qui, ne songeant guère à envier ni à maudire les riches et les grands, préparent, à force de travail et d'ordre, l'avenir de toute une lignée de bourgeois honnêtes, laborieux et utiles, en même temps que l'avenir de celui qui, dépassant toutes leurs espérances, devait conquérir, par le

mois plus tard, résection de deux côtes. Amélioration sensible.

Par Saxmann (1). — 10. G.-H., 37 ans. Fistule de deux ans. Cavité 500 gr. En avril 1884, résection de 5 cent de la 3e côte, 7 de la 4e, 7 de la 5e et 6e; 6 cent. de la 7e et 8e côtes. Au bout de quinze jours, la cavité ne peut contenir que 175 gr. de liquide. Amélioration.

Par Mathieu (2). — 11. Capitaine B..., 39 ans. Cavité de 300 à 500 gr. Fistule de neuf mois. Première opération en février 1884 portant sur les 8e, 7e, 6e, 5e, 4e et 3e côtes. Six mois plus tard, résection des 9e, 8e, 7e 6e, 5e et 4e côtes. Guérison complète peu probable en octobre de la même année.

Par Polaillon (3). — 12. X... Cavité 1500 gr. Résection le 28 mars 1885 de 14 cent. de la 7e côte, 12 de la 6e, 8 de la 5e. Résection insuffisante qui aurait dû comprendre, au dire de l'auteur, un segment de la 4e, de la 3e et même de la 2e côte.

6 stationnaires.

Par Weiss (4). — 1. X..., probablement tuberculeux. Cavité pleurale 200 à 300 gr. de pus. En novembre 1881, résection de 4 centimètres des 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Trente-trois jours plus tard, nouvelle résection de 3 cent. des 8e et 9e et de 4 cent. de la 6e. Suppuration très abondante. Rien ne fait espérer la guérison.

Par Monod (5). — 2. Jeune homme de 23 ans. Fistule très ancienne. Résection de cinq côtes. Non guéri (?) au 10 octobre 1883.

Par Marc Sée (6). — 3. X..., 25 ans. Fistule de huit mois. En 1884, résection de quatre côtes. Nécessité d'une opération secondaire. Non guéri le 20 novembre 1884.

Par Mathieu (7). — 4. M.-P., 21 ans, sous-lieutenant. Fistule pleuro-bronchique. En mars 1884, résection de 3, 5, 7, 9, 11, 8 centimètres des 3e, 4, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Une sécrétion abondante et purulente persiste.

Par Eswals (8). — 5. Résection partielle des 4e, 5e et 6e côtes. Pas de rétraction des parois thoraciques. Etat stationnaire.

Par Moreau (9). — 6. Dame atteinte de fistule pleuro-cutanée.

(1) Idem.
(2) BULL. DE LA SOC. DE CHIR., 1884.
(3) Rapport à l'Académie de médecine sur *la Thoracoplastie*. In GAZ. MÉD. DE PARIS, 1886.
(4) *Loco citato*.
(5) *Fistules pleurales. Opération d'Estlander*. In SEMAINE MÉDICALE, 1883, p. 297.
(6) BULL. DE LA SOC. DE CHIR., 1884.
(7) *Loco citato*.
(8) CHARITE ANNALEN, 1884.
(9) Académie de médecine de Belgique, 28 novembre 1885.

Résection en 1885 d'un fragment des 7e, 8e, 9e et 10e côtes. Récidive après guérison temporaire qu'on avait cru définitive.

14 morts.

Par Estlander (1). — 1. G.-M.-S., 25 ans. Fistule de trois mois. En mars 1887, résection de quatre centimètres des 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Mauvais état général. Mort six semaines après.

2. — H..., 21 ans. Fistule de trois mois. Cavité 1000 gr. Résection en août 1879 de 2 à 5 cent. des 8e, 9e, 10e et 11e côtes. Un mois plus tard, nouvelle résection de 4 à 6 cent. des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e côtes. Erysipèle. Mort.

Par Taylor et Howse (2). — 3. Enfant de six ans. En juillet 1887, résection de 4 cent. des 7e, 8e et 9e côtes. Péritonite. Mort.

Par P. Berger (3). — 4. X..., 30 ans. Né de parents tuberculeux. Pleurésie au commencement de 1882. Pleurotomie le 9 novembre 1883. Fistule. Cavité 400 gr. Bacilles dans les crachats. Le 17 janvier 1884, résection de dix centimètres de la 9e, 8e, 7e, 6e et 5e côtes, de 8 cent. 1/2 de la 4e, 5 cent. de la 3e. Puis 13 cent. de la 10e et 11e. Mort quatre heures après l'opération

Par Ehrmann (4). — 5. G.-H. Résection en janvier 1884, deux mois après la pleurotomie, de portions de la 5e et 6e côtes. Résection dix-huit mois plus tard des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Mort.

Par Koranzi (5). — 6. F.-K., 24 ans. Résection en mai 1881 de 1 cent. 1/2 de la 6e côte. Une seconde opération nécessaire est refusée. Mort.

7. — K. H., 25 ans. Tuberculeux. Résection en mars 1883 de 4 cent. de la 6e côte. Mort quinze jours après.

Par Bouilly (6). — 8. G. 30 ans. Tuberculeux. En octobre 1884, résection des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes dans une étendue de 8, 9, 10, 11, 14, 11 et 11 cent. Mort quelques heures après l'opération de choc traumatique.

Par Gillette (7). — 9. M. Cl., 54 ans. Tuberculeux. Fistule de dix mois. En janvier 1885, résection de quatre côtes dans une étendue de 6 à 9 centimètres. Mort dix-sept jours après l'opération.

Par Nicaise (8). — 10. H..., 28 ans. Tuberculeux. Grande cavité. En juin 1884, résection de 8 1/2 à 11 centimètres des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Mort cinq mois plus tard.

(1) *Loco citato*.
(2) MÉDICAL TIMES, 1879, t. II.
(3) BULL. DE LA SOC. DE CHIR., 1884.
(4) Idem.
(5) *Loco citato*.
(6) Idem.
(7) In : Th. Cormack.
(8) BULL. DE LA SOC. DE CHIR., 1884.

travail et la rectitude de la vie, l'un des rangs les plus élevés de la hiérarchie sociale.

Les rares aptitudes dont le jeune lauréat venait de donner tant et de si éclatantes preuves, sa vive intelligence, son ardeur au travail, lui offraient les mêmes chances de succès dans les carrières les plus diverses. La famille, malgré l'exiguïté de ses ressources, se décida pour la médecine, comptant sur l'appui d'un oncle paternel, le docteur J. Bouillaud, chirurgien-major d'un régiment de ligne, qui s'intéressait beaucoup à son neveu et avait promis de l'aider de sa bourse aussi bien que de ses conseils. Cet excellent homme tint parole, et, en retour, son neveu lui avait voué une reconnaissance dont on retrouve à tout instant l'expression dans sa correspondance, et dont il devait lui donner un dernier témoignage, en dédiant à sa mémoire son beau *Traité des Maladies du cœur*.

Une série de lettres écrites par M. Bouillaud, de 1814 à 1813, et religieusement conservées par ses filles, forme comme le journal des premières années de son séjour à Paris. Le style de ces lettres est le style du temps; il manque évidemment de simplicité, Mais que de tendresse et de respects sincères, sous la recherche un peu solennelle de l'expression de ces sentiments!

Pour moi, c'est avec un intérêt croissant que j'ai parcouru cette correspondance, où se montrent déjà d'irrécusables témoignages, aussi bien de l'intelligence et du savoir du jeune lettré, que de l'honnêteté qui est à jamais restée l'inébranlable loi de l'homme et du savant, et aussi, pourquoi ne le dirais je pas? d'une certaine candeur dont le charme s'est conservé chez lui jusqu'à la fin de sa vie.

Dans une de ces lettres, on voit les préoccupations sérieuses du jeune homme qui prévoit les sacrifices qu'imposeront à son père et à son oncle les frais de ses études, et cependant le chiffre auquel s'élevait le budget de l'honnête étudiant était bien modeste, même pour le temps. Avec quel scrupule il en énumère les détails à son père et quel tourment le poursuit, lorsqu'après bien des mois d'attente, il lui faut enfin remplacer le vêtement qu'avait oublié de lui rendre un camarade, élève de l'Ecole polytechnique, qui avait craint que son uniforme ne le fît arrêter par les troupes alliées entrées le jour même à Paris!

Quiconque a passé par cette double épreuve du douloureux éloi-

Par Delorme (1). — 11. B..., soldat, 24 ans. Fistule de quarante jours. Résection de sept côtes. Mort au bout d'un mois.

12. — B..., soldat, 23 ans. Fistule de quatre mois. Résection de neuf côtes. Mort cinq mois après.

Par de Cérenville (2). — 13. Enfant de quatre ans. Fistule pleurobronchique. Résection costale. Mort douze jours après l'opération.

Par Jourdan (3). — 14. G..., soldat, 23 ans. Fistule de quatre mois. Résection de quatre côtes. La mort survient au bout de trois mois.

Tel est le bilan des cas que nous avons pu relever. C'est dire que nous avons ajouté 27 observations aux 41 que M. Ed. Cormack (4) avait consignées dans sa thèse. Mais, tandis que cet auteur indiquait 10 guérisons complètes, soit 23,8 %; 10 guérisons à peu près complètes, soit 23,8 %; 8 améliorations, soit 19,5 %; 3 états stationnaires, soit 7,3 0/0, et 10 morts, soit 23,8 0/0, nous notons à notre tour : sur 68 cas, 23 guérisons, soit 34,7 %; 13 guérisons à peu près complètes, soit 20,0 0/0; 12 améliorés, soit 18,1 0/0; 6 stationnaires, soit 9,0 0/0, et 14 morts, soit 23,5 0/0.

Si le pourcentage des cas qui ont bénéficié en tout ou en partie de l'opération (guéris, presque guéris, améliorés), varie peu aujourd'hui (70,7 0/0) de ce qu'il était en 1885 dans le travail precité (69,5 0/0), il est à remarquer que notre chiffre comprend 34,7 % au lieu de 23,8 % d'*absolument guéris*. Enfin le chiffre de la mortalité 23,5 % serait inférieur (20 au lieu de 23,8 %), si M. Cormack avait compris comme nous dans sa statistique un décès survenu en 1884 chez un malade de M. Berger. En somme, si à l'heure actuelle on meurt un peu moins de la thoracoplastie, il en résulte bien plus souvent des guérisons radicales.

Malgré cette légère amélioration de la statistique, notre opinion est que la résection costale n'a pas encore donné tout ce qu'on est en droit d'en attendre. « Nous ne croyons pas, répèterons-nous encore aujourd'hui avec M. Cormack, que la proportion entre les succès et les insuccès reste longtemps telle que nous la donnons. L'opération d'Estlander, comme toute opération nouvelle, doit fatalement donner plus d'insuccès et de résultats qui laissent à désirer à son début qu'elle n'en donnera plus tard, une fois devenue opération courante, avec indications bien précises. N'est-il pas vraisemblable que quelques-uns des insuccès dépendent de ce que les opérateurs n'étaient pas encore au courant de la méthode et que d'autres ont opéré des sujets théoriquement inopérables? Nous sommes convaincus que la thoracoplastie sera d'ici peu aussi courante que l'opération la plus banale de la chirurgie et que, mieux au courant de la méthode opératoire, les résultats seront autrement satisfaisants ».

(1) Arch. de méd. milit., octobre 1885.
(2) *Loco citato*.
(3) Arch. de méd. milit., septembre 1887.
(4) *Du traitement de l'empyème chronique par l'opération d'Estlander*. Th. de Paris, 1885.

IV

D'après les effets obtenus, on peut voir que la résection costale n'est pas une panacée indifféremment applicable à toutes les excavations chroniques ou subaiguës de la plèvre. Efficace dans certaines circonstances, elle peut devenir dans d'autres inutile et mieux nuisible. Il importe donc de préciser autant qu'on le peut les cas où on est autorisé à intervenir (1) avec le plus de chances possibles et ceux où le pronostic de l'opération reste douteux, sinon mauvais.

La thoracoplastie est indiquée dans tout empyème chronique devenu fistuleux depuis trois et quatre mois, lorsque l'affaiblissement du côté correspondant de la poitrine, paraissant avoir atteint ses dernières limites, la cavité cesse de se rétrécir et que, malgré les irrigations et les pansements antiseptiques, la suppuration demeure abondante. On est autorisé à la pratiquer même avant cette époque, quatre à cinq semaines après l'ouverture de la plèvre, et encore plus tôt, si l'on craint que le malade, en raison de la déperdition de ses forces d'une part, et de l'autre de l'étendue de l'excavation, de la rétraction et de la fixation du poumon vers son hile par de solides adhérences, ne puisse faire tous les frais d'une guérison spontanée. Enfin l'intervention se commande aussi lors-

(1) Joseph-Antoine Georges. *Etude critique des indications de Létiévant (Estlander)*. Thèse de Paris, 1885. — Abbe (R) *The surgical management of Empyema*. Med. Record, 28 mai 1887. — Société médicale des hôpitaux de Paris. *Du traitement des pleurésies purulentes*, 11 février 1887. — Fischer et Rose. *In* : 58e réunion des naturalistes allemands. Strasbourg, septembre 1885. — Apard. *Contribution à l'étude de la thoracoplastie*. Thèse de Paris, 1887.

---

gnement de la maison paternelle et du sentiment d'isolement complet dont on est envahi au milieu de la foule de la grande ville, ne pourrait lire sans en être ému les pages où M. Bouillaud a raconté son arrivée à Paris.

(A suivre.)

Collège de France. — Par décret en date du 6 décembre 1887, la chaire de droit de la nature et des gens au Collège de France est transformée en chaire de physiologie expérimentale et comparée.

Ecole de médecine de Rouen. — Par arrêté en date du 11 décembre 1887, un Concours s'ouvrira le 15 juin 1888 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Ecole de médecine de Toulouse. — Par arrêté en date du 26 novembre 1887, un concours s'ouvrira le 1er juin 1888 à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de chef des travaux chimiques et physiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 22 novembre 1887 ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — Les médecins de 1re classe : Delisle (Jean), Ségard (Charles-Marie-Joseph); les médecins de 2e classe : Dufourcq (Louis-Adrien), Castellan (Honoré-Léon), Kergrohen (Joseph-Louis-Marie-Anne), L'Honen (Joseph-Théobald-Marie), Aubry (François), Millou (Charles-Ernest).

— Par décret en date du 8 décembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 2e classe. — Les aides-médecins, docteurs en médecine : MM. Bournescuelle de Lespinois (Emile-Augustin), Caire (Esprit-Gustave).

— Par décret en date du 16 décembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 2e classe. — M. Vergoz (Charles), aide-médecin, docteur en médecine; M. l'aide-médecin Gaillard (Michel), docteur en médecine.

que le traitement de la pleurésie purulente (lavages de la plèvre) donne lieu à des accidents syncopaux ou convulsifs. Éminemment graves, ils se répètent une fois produits et s'opposent à la continuation des moyens thérapeutiques déjà employés.

L'existence manifeste de lésions tuberculeuses des poumons, la constatation de cavernes, une dimension excessive de la cavité pleurale, l'apparition de l'albumine dans les urines symptomatiques d'une dégénérescence amyloïde déjà confirmée, la présence d'affections cardiaques, sont les seules et véritables contre-indications. Est-il besoin d'ajouter que l'intervention par l'instrument tranchant devra être différée, ici comme en toute autre circonstance, lorsque des maladies intercurrentes, des érysipèles seront à redouter?

Au sujet de la tuberculose et de l'albuminurie, il y a quelques restrictions à faire. C'est ainsi que des auteurs conseillent la thoracoplastie pour des excavations dont l'occlusion spontanée n'est plus jugée possible, alors même que l'examen stéthoscopique révèle, avec ou sans la constatation du bacille, l'existence des signes d'une tuberculose peu avancée. Les cas douteux sont encore plus en faveur de l'intervention, puisque la pleurésie chronique peut présenter un tableau clinique simulant celui de la tuberculose. Quant à l'albuminurie, parfois passagère et résultant d'une circulation mauvaise ou de la cachexie, la résection est susceptible de l'amender ou même de la faire disparaître.

En fait, il ne reste guère que deux réelles contre-indications tirées : l'une de l'état général du sujet dont nous venons de parler ; l'autre de la configuration de la cavité. On doit considérer comme au-dessous des ressources de l'art les cas de pyo-pneumothorax général avec atélectasie du poumon caractérisés par une sonorité cavitaire diffuse, des bruits métalliques retentissants, de la résonnance amphorique et l'absence complète du bruit respiratoire. Quoi qu'on fasse, la rétraction sera toujours insuffisante et les plèvres n'arriveront jamais au contact. A quoi servirait au reste l'opération, puisque la fonction respiratoire est anéantie? Son but essentiel, qui est de favoriser la formation d'adhérences pleurales et le retour de l'expansion pulmonaire sous l'influence de la gymnastique thoracique, resterait toujours à atteindre.

La thoracoplastie est encore contre-indiquée lorsque l'on a affaire à un épanchement enkysté du cul-de-sac pleural supérieur, que décèle souvent du reste l'apparition d'une tumeur à la base du cou, coïncidant avec des phénomènes de compression vasculaire et nerveuse. Ici les premières côtes sont trop rigides et trop courtes pour qu'on puisse espérer, même par une résection hardie, obtenir un affaissement capable d'oblitérer une poche de quelque étendue.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de l'œsophage.

I. SUR L'ŒSOPHAGITE AIGUE, par le professeur SCHECH (*Munchner medic. Wochenschrift*, 1886, n° 42). — II. UN CAS DE MUGUET DE L'ŒSOPHAGE AVEC INFLAMMATION PURULENTE DE LA MUQUEUSE, par le docteur R. LANGERHANS (*Virchow's Archiv*, t. CIX, fasc. 2, p. 352, 1887). — III. RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE. MORT PAR PLEURÉSIE PERFORANTE, par le docteur E. KURZ (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 37, p. 752). — IV. LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE PAR LE TUBAGE ET LE CATHÉTÉRISME PERMANENT, par le docteur CHARTRES SYMONDS (*British medical journal*, 25 avril 1887). — V. SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE, par le professeur LEYDEN et le docteur RENVERS (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 50, p. 1077). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. M. SCHECH a eu l'occasion d'observer 4 cas d'œsophagite. Dans 3 de ces cas, la maladie reconnaissait manifestement pour cause l'abus des boissons fortes.

Les symptômes ont consisté en douleurs provoquées par les mouvements de déglutition, par la compression de l'œsophage, par les mouvements de flexion et d'extension imprimés au rachis. Par contre, l'auteur n'a pas observé, chez ses malades, un signe auquel Mackenzie attribue une valeur en quelque sorte pathognomonique et qui consiste dans la sécrétion et l'expectoration de grandes quantités de mucus spumeux ou visqueux. Quelquefois il existe de la fièvre et un mauvais état général. Le diagnostic doit être basé à la fois sur les renseignements anamnétiques (excès alcooliques, insultes mécaniques et autres), sur la constatation des symptômes ci-dessus mentionnés et sur l'absence d'une affection des fosses nasales, de l'arrière-gorge et du larynx, reconnue au moyen du laryngoscope. La durée de la maladie oscille entre quelques jours et plusieurs semaines. Le pronostic est en général favorable. L'institution d'un régime sévère, approprié à l'état du sujet (lait, potages, etc.), et l'usage interne du tannin (acide tannique, 1,5 eau distillée 140 gr. glycérine 10 gr. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures), ont produit rapidement des résultats favorables, chez les malades de M. Schech.

II. Le sujet de l'observation de M. LANGERHANS, un garçon boucher âgé de 25 ans, avait été admis (décembre 1886) en traitement dans le service du professeur Leyden (de Berlin), pour un diabète sucré. Le diabète était en voie d'amélioration lorsque, au mois de février 1887, se développa une otite médiane double ; les forces du malade déclinèrent rapidement, et la mort survint le 4 avril, dans le coma. Pendant les derniers jours qui ont précédé le dénouement fatal, le malade s'était plaint à plusieurs reprises de ne plus trouver de goût aux aliments.

A l'autopsie, on trouva une carie du rocher avec abcès intracranien, à droite ; rien de semblable à gauche. De plus, la muqueuse du pharynx était recouverte d'un enduit jaunâtre qui se laissait facilement enlever par le grattage. Cet enduit allait en augmentant d'épaisseur vers l'œsophaque, au point d'obstruer ce conduit au niveau du cartilage cricoïde. En bas, il ne franchissait pas la ligne dentelée, à partir de laquelle le revêtement de la muqueuse prend les caractères de l'épithélium cylindrique, et qui sert de ligne de démarcation entre l'œsophage et le cardia. Cet enduit formait en somme un cylindre solide, aplati, dont le diamètre antéro-postérieur mesurait 2 centimètres, et le diamètre transversal 1 centimètre, de consistance molle, d'une teinte jaune-verdâtre à la périphérie, d'un rouge sâle vers le centre. Le cylindre en question s'est détaché en masse de la muqueuse sous-jacente, sans qu'une solution de continuité fut mise à nu. En aucun point de la muqueuse stomacale, on ne trouva trace d'un dépôt semblable.

L'examen microscopique de ce dépôt cylindriforme a donné

les résultats suivants : Les couches centrales, teintées en rouge, étaient constituées en majeure partie par des bactéries d'espèces très variées, des restes d'aliments, quelques filaments et conidies d'oïdium, des débris d'épithélium pavimenteux et des cellules arrondies. A mesure qu'on s'approchait de la périphérie du dépôt, les filaments et conidies d'oïdium augmentaient en nombre, ainsi que les débris d'épithélium pavimenteux et les globules de pus; les bactéries et les parcelles alimentaires diminuaient proportionnellement. En outre, dans toute l'épaisseur de la muqueuse, on découvrait les traces d'une prolifération cellulaire très active. Nulle part, les filaments d'oïdium n'avaient pénétré dans les couches profondes de la muqueuse; c'est tout au plus si, dans la partie supérieure de l'œsophage, on en trouvait dans les interstices de la couche cornée de l'épithélium. En ces mêmes points, il s'était fait une accumulation considérable de globules de pus.

En somme, d'après l'auteur, l'intérêt principal de l'observation réside dans la constatation de cette inflammation catarrhale et suppurative de la muqueuse de l'œsophage, sans pénétration des filaments d'oïdium (ni d'autres micro-organismes) dans l'épaisseur de cette membrane. Dès lors se pose la question de savoir si cette inflammation de voisinage n'a pas été provoquée par des produits phlogogènes provenant des champignons du muguet.

III. Un enfant de quatre ans s'était attiré un rétrécissement de l'œsophage en avalant par mégarde de l'acide sulfurique dilué. Le petit malade ne parvenait plus à avaler que du lait, et l'ingestion de cet aliment était devenue de plus en plus difficile. L'état général restait satisfaisant. Huit mois après la mésaventure, on tenta le cathétérisme de l'œsophage, mais sans réussir à faire passer les sondes les plus fines au delà de la portion de l'œsophage, située à la hauteur du cartilage cricoïde. Cette tentative fut renouvelée le lendemain avec le même insuccès. Puis on fit savoir au médecin que ce même jour, l'enfant était revenu de la promenade avec des symptômes alarmants : fièvre violente, fréquence extrême du pouls, respiration superficielle et accélérée, délire et hallucinations. L'exploration des organes thoraciques fit découvrir un épanchement pleurétique à gauche. L'enfant succomba environ trente-six heures après le début des accidents, avec signes d'œdème pulmonaire et cyanose.

A l'autopsie, on trouva, à la hauteur du cartilage cricoïde, un rétrécissement de l'œsophage, en forme d'entonnoir; au point le plus rétréci, la lumière du conduit n'avait plus que le diamètre d'une tête d'épingle. Immédiatement au-dessous, l'œsophage présentait un calibre normal sur une longueur de 3 centimètres. Puis on tombait sur deux autres rétrécissements, d'une longueur de 2 centimètres environ chacun. Nulle part on ne découvrait de solution de continuité sur la muqueuse de l'œsophage. Sur le trajet des portions rétrécies, ce conduit paraissait être en quelque sorte encastré dans un abcès péri-œsophagien, constitué par du pus épais, caséeux, de formation déjà ancienne.

La collection purulente se continuait à travers le thymus jusque dans le médiastin; là elle communiquait, à travers une petite ouverture ulcérée, avec la cavité pleurale gauche. Celle-ci contenait une grande quantité de liquide séro-purulent. La plèvre, feuillets costal et pariétal, était fortement injectée et recouverte de dépôts fibrineux purulents.

L'auteur pense qu'il n'y a eu aucun rapport direct entre le développement de la pleurésie et les tentatives de cathétérisme ; que l'abcès péri-œsophagien est résulté de la pénétration de microbes pathogènes dans le tissu péri-œsophagien lors de la désorganisation partielle et passagère de la muqueuse de l'œsophage par le caustique, et que peu à peu l'abcès s'est propagé jusqu'à la plèvre, pour finalement aboutir à une perforation de cette membrane, complication qui a provoqué le dénouement fatal.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

I. LA SAIGNÉE D'HIPPOCRATE, par le docteur P.-M. DÉCHAUX, de Montluçon, t. XI, 280 pages. In-8°. Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils. — II. DE LA PUISSANCE DE LA SAIGNÉE, DE L'EAU FRAÎCHE ET DU VIN, dans le traitement des maladies inflammatoires, par le docteur CHATELIER. In-16, 32 pages. Chateaubriant, imp. Drouart. — III. DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES SOUSTRACTIONS SANGUINES, par le docteur LÉON FRÉDERICQ (In : *Mémoires* couronnés par l'Académie de médecine de Belgique, t. VIII, fasc. 1, 1886). — IV. DES ÉMISSIONS SANGUINES, par le docteur EDMOND DEFFERMEZ (Ibid., fasc. 2, 1887). — V. DE L'EMPLOI DES SOUSTRACTIONS SANGUINES, par le docteur AUGUSTE FERRANT (Ibid., fasc. 3).

Il me souvient bien, quand j'étais petit, que grand-père, grand'mère, étaient régulièrement malades au printemps et à l'automne, que j'étais régulièrement privé de bonbons pendant deux jours, qu'un grand monsieur noir, en cravate blanche, venait régulièrement leur tirer du sang et que, deux jours après, régulièrement, je pouvais entrer souhaiter le bon jour à grand-père et à grand'mère, qui me redonnaient régulièrement des bonbons. Il en était ainsi dans beaucoup de familles. Plus tard, à la pension où j'entrai de bonne heure, l'histoire de Podalire me frappa. L'on sait que le second fils d'Esculape saigna deux fois la fille d'un roi de Carie, qu'il lui sauva la vie et que, pour récompense, il reçut du roi, sa fille et une presqu'île.

Je résolus alors de me faire un jour médecin, mais la thérapeutique est changeante, et, à ma première année d'hôpital, je m'aperçus qu'on ne saignait plus. Il est même d'usage d'écrire, quand on est quelque peu philosophe politicien, ou rédacteur d'un petit journal, que la saignée a coûté à la France plus d'hommes que les batailles de l'empire! Sans garantir cette donnée statistique, il est impossible, en causant saignée, d'oublier notre mordant confrère Guy-Patin. Celui-ci n'y allait pas timidement : « M. Courtois, dit-il, l'a échappé belle, mais « moyennant dix-huit saignées et vingt purgations, il commence à se lever ». « M. Petitpied l'avocat, a été fort malade d'une inflammation de poumons, pour laquelle il a été « saigné jusqu'à dix-sept fois ». Plus loin, Guy-Patin raconte « qu'il a saigné trente-deux fois un confrère atteint d'une fievre continue et qu'il s'est fait saigner lui-même sept fois pour un rhume ».

Quoiqu'il en soit, peut-être ne serait-il pas illogique de croire que s'il est vrai, en linguistique, que le peuple fait la langue, en dépit des Académies, les malades font la thérapeutique en dépit des médecins, et, malgré les tentatives de Broussais et de Bouillaud, il est aujourd'hui difficile de faire

accepter aux gens du monde, encore an moins aux humbles, les sangsnes les plus inoffensives.

Cependant, notre confrère, M. Dechaux, avec l'humour, mais sans l'exagération de Guy-Patin, vent réhabiliter la saignée. « Un tétanos confirmé, traité, dit-il, pendant vingt jours, par trois médecins nommés, à la connaissance et à la sollicitude de toute nne petite ville, et admirablement guéri, sans la moindre suite fâcheuse, par les grandes saignées d'Hippocrate, a été l'occasion de son livre ». M. Dechaux saigne sans hésiter dans les convulsions, l'éclampsie, les folies aiguës et primitives, les coups de sang, le rhumatisme articulaire aigu, les fièvres diverses, le croup, la fluxion de poitrine. Chez les femmes enceintes en travail, par exemple, la saignée prépare des effets positifs incontestables... Il manque aux femmes étroites 1 à 2 centimètres, quelques millimètres d'espace. La saignée à temps les leur « fait gagner. Elle rend les os du « crâne moins durs, plus flexibles, la tête compressible, mal- « léable..., et an bassin elle permet quelque élasticité, et de se « laisser distendre, de s'élargir un peu », et le médecin de Montluçon de relater un « *grandissime triomphe*, et de nous « apprendre que l'enfant que l'on croyait mort a été un beau « nourrisson, qu'il est allé à l'école, qu'il a fait ses classes aux « Maristes et que c'est un homme vigoureux et actif ». Un sieur Bontant, fondenr à la coulée des glaces, a eu dix-sept fluxions de poitrine, dans lesquelles il a été saigné dix-neuf fois. M. Dechaux se rend à Paris, visiter l'exposition, une dix-huitième attaque frapppe Boutant. Le médecin qui le voit ne peut pas le saigner : Boutant succombe, et sa femme répète souvent à notre excellent confrère : « Je pense toujours à votre voyage de Paris ; il m'a coûté la vie à mon mari ». L'ouvrage du docteur Dechaux est bonrré d'anecdotes de cette nature ; il est d'un homme convaincu qui écrit ce qu'il croit vrai, avec beaucoup de verve et qui, comme Guy Patin, n'hésite pas à se saigner lui-même. Ancien interne de Paris, camarade de Claude Bernard, de Nélaton, d'Alphonse-Guérin, etc., etc., ce livre est d'une lecture des plus attrayantes. Les jeunes le liront en souriant ; ceux qui, comme nous, connaissent l'histoire de la saignée, le conserveront dans leur bibliothèque.

— La petite brochure de M. Chatelier, qui n'est pas datée mais que je crois de 1886, est aussi d'un partisan de la saignée dans les maladies inflammatoires, du vin dans la variole et de l'eau fraîche dans la fièvre typhoïde, ce qui, entre parenthèses, étonne beaucoup les paysans des environs, l'emploi du dernier médicament surtout. L'auteur a traité plus de mille fluxions de poitrine. Il saigne dès le début et selon sa statistique, il n'a perdu aucun malade parmi ceux saignés trois fois; en a perdn un seul parmi ceux saignés deux fois; mais en a perdu beaucoup parmi ceux saignés une fois seulement. Enfin, il pense qne les sels de quinine et les vins de quinquina donnés dans la fièvre typhoïde préparent des revers.

— Le mémoire de M. Frédéricq est écrit au point de vue physiologique. Ce sont des expériences faites sur les animaux. L'auteur a résumé ensuite en quatre pages les indications et contre-indications de la saignée. D'après lui, la saignée doit être proscrite dans les maladies chroniques, quand celles-ci s'accompagnent de fièvre. Elle doit être réservée pour combattre certains accidents brusques survenant dans le conrs des maladies aigues. « La saignée produit il est vrai une « baisse légère dans la quantité des matériaux oxydés du « corps, mais la qualité dn combustible brûlé a subi une at- « teinte profonde. Au lien de graisse et de glycogène, maté- « riaux facilement réparables, l'organisme brûle, après une « saignée, principalement de l'albumine, c'est-à-dire le plus « précieux des constituants de notre corps. A ce point de « vue, la saignée agit comme la fièvre, qui, elle anssi, amène « une destruction exagérée d'albuminoïdes. »

— Le mémoire de M. le docteur Deffernez est didactique. Il contient de l'histoire, de la physiologie et de la médecine pratique. Dès le début de son travail, l'auteur déclare que la saignée « est inutile et inopportune la plupart dn temps, nuisible et dangereuse parfois, » et c'est en se basant snr les données de la physiologie, l'opinion exprimée par les contemporains et l'étude des phases de chaque affection, qu'il proscrit la saignée, qui lui paraît simplement la ressource de quelques médecins de campagne. Son travail est intéressant, c'est après tout une condensation des doctrines régnantes.

—Le mémoire de M. le docteur Serrant serait mieux goûté de notre confrère de Montlnçon. Sauf le côté historique négligé avec intention, il est écrit avec la même méthode que le précédent. Mais les conclusions sont différentes et il me suffira de les copier textuellement pour que l'on sache bien à qnoi s'en tenir sur la pensée de l'auteur : « Quoiqu'il en soit, « écrit-il, nous disons hautement et sans crainte de nous « tromper, qu'on est injuste envers la saignée ; elle constitue « un précieux remède dans bien des cas ; c'est une arme thé- « rapeutique qne nous ne pouvons bannir de notre arsenal « sans encourir un reproche. »

J'ajoute en terminant que l'Académie de médecine de Belgique a couronné les trois mémoires qui précèdent.

Dr A. DUREAU.

LA GLANDE PINÉALE ET LE TROISIÈME ŒIL DES VERTÉBRÉS, par A. PEYTOUREAU. — Paris, 1887. O. Doin.

Dans un premier chapitre fort complet est exposé l'historique de la question, depuis les premières recherches snr l'anatomie topographique de la glande pinéale jusqu'aux travaux tout récents qui font actuellement envisager son développement comme identique à celui des vésicules optiques. Puis l'auteur passe en revue les différences que présente la structure de l'épiphyse aux divers échelons de la série animale, chez les Tuniciers, les Cyclostomes, les Poissons, les Amphibiens, les Reptiles, les Oiseaux et les Mammifères, et facilite cette étude au moyen d'un grand nombre de schémas empruntés aux auteurs qui se sont occupés de cette question. Ses conclusions sont que l'épiphyse est un véritable œil pinéal et que son développement est même probablement plus précoce que celui des vésicules optiques primaires. C'est chez les Sauriens que sa structure se rapproche le plus de celle de l'œil. Son développement coïncide avec l'existence d'un trou pariétal, et là où ce trou manque, l'œil pinéal ne se développe plus.

Cet organe était sans doute fort développé chez certains fossiles dont le trou pariétal est considérable : les ancêtres des vertébrés avaient probablement trois yeux céphaliques. La glande pinéale est donc morphologiquement nn œil atrophié en pleine voie de régression, constitué par un corpuscule de structure épithéliale dégénéré, ayant acquis les caractères d'une glande vasculaire.

Dr GEORGES LEMOINE.

REVUE DES THÈSES

Des luxations congénitales de la hanche envisagées plus spécialement au point de vue thérapeutique, par M. F. Porto. — Thèse de Paris, 1887.

Le traitement des luxations congénitales de la hanche est entouré des plus grandes difficultés. C'est que l'on se décide généralement à intervenir à un moment où le cotyle et la tête fémorale présentent des altérations. La réduction serait aisée à la naissance si le diagnostic était plus facile, et quelque temps après même, dans la jeunesse, alors qu'il n'existe pas encore de néarthrose, le plus souvent une capsule très allongée dans laquelle se meut la surface articulaire, les moyens orthopédiques pourraient suffire. Mais si la hoiterie et la douleur sont très accusées, si le sujet est fort et robuste, on aura tout avantage à le soumettre au traitement rigoureux par l'appareil de Pravaz quand une difformité choquante ne viendra pas encore peser de tout son poids pour armer la main du chirurgien. Il ne restera plus qu'à aller à la rencontre de la tête du fémur pour la replacer dans l'ancien cotyle (opération de Brodhurst) ou pour la reséquer avec 2 centimètres de col si elle est trop grande. Le bout du col restant sera placé dans le cotyle (opération de Heussner). Enfin, ce dernier n'existant pas le plus communément, on reséquera la tête en totalité (opération de Margary) ou en partie (opération de Lampugnani) et, sans chercher à réduire, on devra suturer et procéder à des tractions continues.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

Prix proposés par l'Académie de médecine pour l'année 1888 (1). — *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs. — Question : « Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées. »

Prix Amussat. — 900 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier. — 2,000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buiguet. — 1,500 francs. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs sera partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Question : « Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique. »

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : « Des hallucinations de l'ouïe. »

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question : « Des gommes syphilitiques. »

Prix Desportes. — 1,300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 1,500 francs. — Question : « Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale. »

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1,000 francs. — Question : « Des paralysies dans les deux premières années de la vie; en étudier, par des observations cliniques, les causes et la nature. »

Prix Itard. — 2,700 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laval. — 1,000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 fr. — A l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies de l'oreille.

Prix Auguste Monbinne. — 1,500 francs. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Orfila. — 4,000 francs. — Question : « Du venin de la vipère. »

Prix Oulmont. — 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Portal. — 600 francs. — Question : « Anatomie pathologique des érysipèles. »

Prix Pourat. — 900 francs. — Question : « Physiologie du muscle cardiaque. »

Prix Saint-Lager. — 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne sera décerné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la « diphthérie. »

(1) Par suite de la conversion du 4 1/2 en 3 0/0, les prix suivants se trouvent réduits :

Itard..........	rente 4 1/2	960 à	799 3 0/0
Civrieux........	id.	1,000 à	833 3 0/0
D'Argenteuil...	id.	1,360 à	1,132 3 0/0
Amussat.......	id.	500 à	416 3 0/0

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski. — 1,800 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. — 800 francs. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889. — *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs. — Question : « Physiologie du nerf pneumogastrique. »

Prix Barbier. — 2,000 francs.

(Voir plus haut les conditions du Concours.)

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs.

(Voir plus haut les conditions du Concours.)

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Question : « Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne. »

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : « Des troubles de la sensibilité dans le tabes. »

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question : « Des néoplasmes congénitaux. »

Prix Desportes. — 1,300 francs. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours trois places de stagiaire aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1889 (1).

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1890.

Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque candidat.

Prix Godard. — 1,000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier. — 3,000 fr. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France : « Sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections » (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laval. — 1000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

(1) Un exemplaire du Règlement du Concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie.

Prix Louis. — 4000 fr. — Question : « Des médications antithermiques ».

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Auguste Monbinne. — 1500 fr. — Voir plus haut les conditions du Concours.

Prix Oulmont. — 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Portal. — 600 francs. — Question : « De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales. »

Prix Pourat. — 900 francs. — Question : « Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques. »

Prix Vernois. — 700 francs. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890. — *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs. — Question : « Des pelades. »

Prix Amussat. — 800 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier. — 12,000 fr. — Voir plus haut les conditions du concours.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs. — Voir plus haut les conditions du concours.

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Question : « De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier. »

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question : « De la leucémie. »

Prix Desportes. — 1,300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 1,000 francs. — Question : « Des folies diathésiques. »

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1,200 francs. — Question : « Traitement abortif de l'anthrax. »

Prix Laval. — 1,000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. — 1,800 francs. — Question : « De la mélancolie ».

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Auguste Monbinne. — 1,500 francs. — Voir plus haut les conditions du concours.

Prix Oulmont. — 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Perron. — 3,800 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal. — 600 francs. — Question « Du mal perforant ».

Prix Pourat. — 900 francs. — Question : « Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.

Prix Stanski. — 1,800 francs. — (Voir plus haut les conditions du concours).

Prix Vernois. — 700 francs. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — A l'avenir, les concours des prix de l'Académie de médecine seront clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits très lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Meynot, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser des travaux manuscrits ou imprimés sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

* * *

Hôpital de Pen-Bron. — L'Œuvre nationale des hôpitaux marins pour le traitement des enfants scrofuleux, lymphatiques ou rachitiques, vient de fonder un établissement à Pen-Bron, en face du Croisic, sur l'initiative de M. Pallu, inspecteur des enfants assistés de la Loire-Inférieure.

Mme Furtado-Heine a donné, en faveur de la création de cet hôpital, une somme de 40,000 fr.

Une pareille somme a pu être affectée à l'hôpital de Pen-Bron par l'Œuvre nationale des hôpitaux marins, grâce aux subventions qui lui ont été généreusement accordées par M. le ministre de l'intérieur.

Le Conseil d'administration de l'Œuvre nationale a délégué quatre de ses membres pour inspecter l'hôpital de Pen-Bron ; son président, M. le docteur Jules Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; un de ses vice-présidents, M. Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique en France; M. Emile Trélat, directeur de l'Ecole spéciale d'architecture, et M. le docteur A.-J. Martin, auditeur au Comité consultatif d'hygiène.

La délégation s'est rendue dimanche dernier à Pen-Bron, et rendra compte de sa visite à la prochaine réunion du Conseil.

Dès maintenant, nous pouvons dire que les résultats de la visite sont très satisfaisants et paraissent confirmer toutes les espérances qu'avait fait naître l'installation de cet hôpital. Celui-ci est placé dans des conditions exceptionnelles de salubrité et de climat. Il peut recevoir 60 enfants. Le prix de la journée est de 1 franc 80 centimes.

— Dans une de ses dernières séances, le Conseil général de la Seine a décidé la création d'une étuve de désinfection dans chacun des huit arrondissements du département de la Seine.

Il a émis aussi le vœu que la proposition de loi tendant à rendre la vaccination et la revaccination obligatoire, votée en première lecture par la Chambre de 1881, soit reprise à bref délai et votée par le Parlement.

— Le jeudi 15 décembre ont eu lieu au cimetière du Père-Lachaise de nouvelles expériences de crémation dans le four crématoire construit par la ville de Paris.

Ces expériences ont donné des résultats plus satisfaisants que celles qui ont été faites au mois d'octobre dernier. Cette fois, l'incinération des cadavres a été complète. Le corps d'un homme du poids de 45 kilos n'a laissé, au bout de deux heures, qu'un ensemble d'ossements calcinés, très friables, et dont le poids s'élevait à 2 kilos 200. Le corps d'une femme, pesant 48 kilos, a été incinéré en une heure trois quarts. Le poids des cendres a été de 1 kil. 550.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France. Très actif, d'un esprit net et d'un jugement droit, notre distingué confrère a rendu et était appelé à rendre de grands services à l'Association générale. Sa mort prématurée laissera de justes et unanimes regrets.

— M. Bernutz (Louis-Gustave-Richard), membre de l'Académie de médecine, est décédé à Bellevue, près Sedan, le 9 décembre courant, dans sa 69e année. — M. Bernutz, né à Sedan (Ardennes), le 21 janvier 1819, était interne des hôpitaux de Paris, de la promotion de 1842. Reçu docteur en médecine le 10 novembre 1846, il concourut en 1850 pour le Bureau central et fut nommé le 8 août 1854, médecin de l'hôpital de Lourcine ; médecin de la Pitié en 1856, il fut chargé pendant cinq années du service des femmes en couches. Il passa ensuite à l'hôpital de la Charité, où il demeura jusqu'à l'époque de sa mise à la retraite. M. Bernutz avait été nommé membre de l'Académie de médecine, section de pathologie médicale, le 28 mai 1872, en remplacement de Falret. La maladie a tenu longtemps éloigné de l'Académie le médecin de la Charité, dont l'aménité et le caractère bienveillant étaient connus de tous. Nous donnons, ci-après, la liste de ses principaux travaux : *Recherches sur les hernies graisseuses* (thèse de doctorat, 1846) ; *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* (Archiv. gén. de méd., 1848-49) ; *Mémoire sur la persistance du canal artériel* (*Ibid.*, 1849), *Mémoire sur les phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen* (*Ibid.*, 1850) ; *Mémoire sur les affections syphilitiques de l'utérus* (Union méd., in-8o 1855) ; *Recherches cliniques sur les phlegmons péri utérins*, en collaboration avec M. Goupil (Arch. gén. de méd., 1857); *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, en collaboration avec M. Goupil in-8o 2 vol. 1860-62); *Séméiologie et pathologie médicale de l'abdomen* (Nouv. Dict. de méd., t. I, 1864); *Aménorrhée* (*Ibid.* II, 1865); *Canal artériel*. Anatomie, physiologie et pathologie du canal artériel (*Ibid.*, t. III, 1865); *Constitutions médicales* (*Ibid.*, t. IX, 1868); *Esthiomène* (*Ibid.*, t. XIV, 1871). Dr A. D.

* * *

Concours des bureaux de bienfaisance. — Le concours pour la nomination aux places vacantes de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, s'est terminé vendredi soir, 16 décembre, par la nomination des médecins dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

1. MM. Decandin, Mérigot de Treigny, Planteau, Dubief, Gény, Barbilion, Courtin, Plateau, Fournet, Mounet.

11. MM. Bœhler, Marcigney, Bernard, Saison, Reuflet, Gougelet, Le Roy, Goureau, Geneix, Marey.

21. Goldstein-Orval, Yvon, Godet, Bocquet, Jacquemart, Alexandre, Bernhem, Weil, Binaut, Retaud.

31. Thomas, Savoye, Pastol, Petit (Léon), Barbe, Veillau, Rollin, Duron, Braine, Dusseaud.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1886-1887.

111. M. Henry. Contribution à l'étude des fièvres typhiques récurrentes d'origine climatique, observées à la Guadeloupe. — 112. M. Jollet. Contributions à la géographie médicale du Soudan occidental. — 113. M. Morel. Etude critique sur les injections rectales gazeuses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

—104. M. Dupuy. Des idées ambitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 11 AU SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1887

Fièvre typhoïde 49 —Variole 5.— Rougeole 13.— Scarlatine 6. — Coqueluche 5 — Diphthérie, croup, 33 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 161.— Autres tuberculoses 18. — Tumeurs : Cancéreuses 46. — Autres 10. — Méningite 24. — Congestion et hémorr. cérébr. 58. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 8.— Maladies organiques du cœur 58.— Bronchite aiguë 28. — Bronchite chronique 30. — Broncho-pneumonie 31.— Pneumonie 46 — Gastro-entérite : Sein 14. — Biberon 22. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 23. — Suicides 16. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 186. — Causes inconnues 9. — Total de la semaine: 954 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nos grandes Écoles militaires et civiles: Ecole navale; école spéciale militaire; Ecole polytechnique; Ecole centrale des arts et manufactures; Ecole des beaux-arts; Ecole de médecine; Ecole de droit; Ecole normale supérieure; Ecole forestière, par Louis Rousselet. Un volume illustré de gravures d'après A. Lemaistre, Fr. Régamey et P. Renouard. — Prix : broché, 7 fr.; cartonné, tranches dorées, 10 fr.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice Sollier, née Mathieu-Dubois. Un volume in-8 de 180 p., avec 32 figures. — Paris, publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes.

Réflexions sur les ectasies gastriques (variétés anatomiques). — Distension, atonie, dilatations de l'estomac, par M. le docteur Charles Malihran, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières. — Nancy, 1887, imprimerie Berger-Levrault.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1881 et 1882, par M. le docteur Péan, suivies des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1881 au 1er janvier 1883 et de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1886, avec figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, 1887, Félix Alcan, éditeur.

Des anesthésies hystériques, par le docteur A. Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, leçons recueillies par M. le docteur Davezac, médecin adjoint des hôpitaux.—Bordeaux, 1887, imprimerie G. Gounouilhau.

Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie, par le docteur O. Jennings, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. grand in-8 de 30 pages, avec 17 tracés sphygmographiques. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1887, librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE INTERNE

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DU SATURNISME.

Dans le cours de l'intoxication saturnine chronique, on rencontre fréquemment, indépendamment des accidents qui relèvent soit de l'encéphalopathie, soit des névrites périphériques, certains troubles névropathiques tout à fait analogues à ceux qu'on observe chez les sujets atteints d'hystérie vulgaire. Il s'agit surtout dans l'espèce d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, doublée parfois d'une hémiplégie plus ou moins complète. Cette hémianesthésie saturnine, qu'elle se soit produite insidieusement, ou qu'elle ait apparu brusquement, à la suite d'une attaque convulsive ou apoplectique, porte à la fois sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux; elle s'accompagne d'un rétrécissement concentrique du champ visuel avec ou sans dyschromatopsie; elle peut se modifier et même disparaître sous l'influence des agents esthésiogènes.

En un mot, son analogie avec l'hémianesthésie hystérique est telle que, si l'on ignorait les antécédents saturnins de cette catégorie de malades, on les tiendrait pour de purs hystériques. C'est là un fait admis aujourd'hui sans conteste, mais diversement interprété.

La coexistence du saturnisme et de l'hystérie n'est-elle que l'effet d'une simple coïncidence? L'hystérie n'est pas chose rare, le saturnisme est loin d'être une exception; pourquoi ces deux affections ne se rencontreraient-elles pas simultanément chez le même sujet? Mais on ne saurait admettre cette interprétation. Et cela pour deux raisons : d'abord, ces accidents hystériques s'observent trop fréquemment chez les saturnins, pour qu'il n'y ait là que rencontre fortuite du trouble névropathique et de l'intoxication et simple effet de hasard. Il est à remarquer que, sur 7 observations d'hystérie chez l'homme relatés par Briquet, 5 se rapportent à des ouvriers exposés par leur profession à l'empoisonnement plombique, sans compter les observations si nombreuses qui ont été publiées dans ces dernières années. Et puis, il est des faits dans lesquels les phénomènes hystériques semblent se rattacher par des liens si étroits à l'intoxication saturnine, qu'on est conduit à admettre une relation de causalité entre ces deux facteurs.

Quelle est donc la part du saturnisme dans la genèse des accidents hystériques en question? A cette question deux réponses ont été faites. M. Debove (1) admet que l'intoxication est capable de produire, de créer de toutes pieces une hystérie qui lui est propre et qui dès lors doit être dénommée hystérie toxique. Cette hystérie serait à l'hystérie pro-

(1) Debove, *De l'apoplexie hystérique* (BULL. SOC. MÉD. HOP., 1886).

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

20 décembre 1887.

Nouvelles interventions intempestives du Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Urgence d'une réorganisation du mode de nomination des professeurs de Faculté. — Le médecin et le public protégés contre les médicastres... en Italie. — L'exploitation des médecins par l'Etat et par les particuliers... en France. — Inauguration du monument élevé aux médecins de l'Ecole de Tours. — Bretonneau et son dernier disciple, le docteur Duclos. — Eloge académique de Bouillaud.

Ce n'est plus seulement quand il s'agit du recrutement des professeurs des Facultés de médecine que le Conseil supérieur de l'Instruction publique redresse les listes de présentation. Le fait de M. Hamelin, substitué à M. Pécholier, n'est plus un fait isolé. D'autres Facultés sont dans le même cas. Il y avait à pourvoir à une chaire de philosophie à la Faculté de théologie protestante de Montauban. « Les Consistoires consultés, nous dit la REVUE SCIENTIFIQUE (du 10 décembre) donnèrent 65 suffrages à M. Meyer, docteur en théologie, et 39 suffrages à M. Benezech. Or, ni l'un ni l'autre ne fut nommé. Ce fut M. Allier qui obtint la chaire. Pourquoi les Consistoires ont-ils été consultés, si l'on fait pareil cas de leurs votes?

A la Faculté des sciences de Poitiers, le décanat étant devenu vacant par suite du décès de M. Lallemand, il y eut un vote de la Faculté, par lequel M. Coutejean fut proposé en première ligne, et M. Maillard en seconde ligne. Or, celui qui fut nommé doyen, ce ne furent ni M. Contejean ni M. Maillard, ce fut M. Durrande qui, à l'élection, n'avait eu qu'une voix. Il est vrai de dire qu'il n'y a que six professeurs titulaires, ce qui ramène à cinq le nombre des votants, puisqu'il y avait un décès.

* * *

Si cette manière de procéder devenait un vrai système de la part du Conseil de l'Instruction publique, il serait urgent qu'on promulguât, sous forme de déclaration solennelle, la nouvelle méthode de nomination des professeurs.

On saurait à quoi s'en tenir. Dès lors, sans doute, quand une Fa-

prement dite, ce que l'épilepsie symptomatique est au mal comitial. Cette opinion a été récemment adoptée, avec quelques réserves toutefois, par M. Achard (1). Toute autre est l'interprétation admise par M. Charcot (2) : « A la question : Existe-t-il une hémi-anesthésie saturnine? je répondrai, dit-il : Un certain nombre de cas d'hémianesthésie qui ont reçu ce nom relèvent de l'hystérie ; la chose est certaine pour plusieurs cas et il est probable qu'il en est de même pour tous les autres, bien que ce ne soit pas absolument démontré. » M. Charcot pense donc que l'intoxication saturnine n'agit qu'à titre de cause adjuvante, particulièrement efficace pour éveiller chez des sujets prédisposés les manifestations de l'hystérie restée jusqu'alors latente. Dans un travail paru dans le BULLETIN MÉDICAL (août 1887), M. Letulle a rapporté quelques faits entièrement favorables à cette interprétation pathogénique.

L'observation qu'on va lire nous semble plaider dans le même sens. Elle montre qu'un sujet ayant présenté dans sa jeunesse des crises d'hystérie convulsive bien caractérisées, délivré ultérieurement de tout accident hystérique durant une période de cinq années, vit ses attaques reparaître et une hémiplégie avec hemianesthésie survenir sous l'influence du poison saturnin, à l'occasion de sa première colique de plomb. Si donc l'hemianesthésie saturnine est de tous points identique à celle de l'hystérie vulgaire, si l'intoxication saturnine peut provoquer chez un homme le retour d'accidents hystériques depuis longtemps disparus, pourquoi ne pas admettre, jusqu'à preuve du contraire, que l'hemianesthésie survenue chez un saturnin jusque-là indemne de tout phénomène hystérique, n'est que la manifestation première d'une hystérie restée latente jusqu'au moment où l'intoxication est venue la mettre au jour?

Le nommé Ch. Font..., âgé de 48 ans, ouvrier cérusier, entre à l'hôpital Necker le 6 octobre 1887, salle Saint-Luc, lit nº 13, dans le service de M. le professeur Peter, suppléé par M. le docteur Ballet.

Cet homme se plaint d'être « presque paralysé » du côté gauche. Les renseignements qu'il nous donne sur ses antécédents héréditaires sont très incomplets et insignifiants. Par contre, son histoire personnelle ne manque pas d'intérêt : elle abonde en incidents morbides ; la voici dans ses principaux traits :

Ch... nous dit qu'il a toujours été très impressionnable, très nerveux. Vers l'âge de 10 ans, il eut des attaques de nerfs, et la description qu'il en donne est la suivante : « Ça commençait toujours par un serrement à la gorge et un étouffement, puis ça me battait dans la tête ; je n'y voyais plus et je tombais sans connaissance ». Et le malade ajoute qu'il se débattait si fort qu'il fallait le maintenir solidement. L'attaque durait un quart d'heure en moyenne et, quand il revenait à lui, il se souvenait bien du moment où la crise l'avait pris, mais il ne savait pas ce qui s'était passé après. Jamais, au cours de ces accès, il ne s'est mordu la langue ; jamais il n'a uriné involontairement. Il sentait toujours venir la crise; il avait toujours le temps de se garer, de préparer sa chute. Il ne présente à la tête ni à la face aucune cicatrice. Il ne s'est blessé au genou qu'une fois, mais c'est en se débattant pendant l'accès convulsif.

Ces crises se répétaient à d'assez longs intervalles, tous les deux ou trois mois environ. Elles ont persisté ainsi jusqu'à l'âge de 25 ans. A cette époque, les attaques cessèrent complètement, sans qu'il sut pourquoi. De 25 à 38 ans, il n'en eut pas une seule.

Dans cette période de sa vie se placent quelques accidents d'un tout autre ordre : A 21 ans, il eut la fièvre typhoïde ; à 22 ans, il contracta la syphilis (chancre induré, angine persistante, plaques à l'anus, etc.)

L'année suivante, Ch. se plaça comme employé dans un grand atelier de plomberie. Il était chargé de peser les tuyaux de plomb acquis par la maison, de les couper et de les distribuer aux ouvriers. Sa principale besogne consistait à peindre soit à la céruse, soit au minium, les gros de tuyaux de descente, ainsi que d'autres pièces métalliques. Il travaillait ferme, buvait beaucoup ; les accidents syphilitiques avaient disparu sous l'influence du traitement spécifique. Il était en somme assez bien portant. Il continua ainsi à manier le plomb sans éprouver le moindre trouble de sa santé jusqu'à l'âge de 38 ans.

A ce moment, le malade fut pris pour la première fois de

(1) Achard, *Apoplex. hystérique* (ARCH. GÉNÉR. MÉD., 1887; BULL. MÉD., nº 45).

(2) *Hémianesth. hyst. et hémianesth. toxiques* (BULL. MED. 1887, p. 387).

culté éprouvera le besoin de s'adjoindre tel nouveau collègue, elle devra désormais bien se garder d'en manifester le désir. En désignant le candidat souhaité et en soumettant ce souhait à la ratification du ministère, ce serait faire tort à cette candidature.

***

Allons donc chercher de bons exemples ailleurs que chez nous!

En Italie, par une circulaire datée du 9 octobre et adressée aux préfets, le ministre de l'Intérieur, après avoir appelé leur attention sur les dangers de l'exercice illégal de la médecine, enjoint à tous les fonctionnaires et agents de la sûreté publique d'apporter la plus grande diligence à réfréner et à frapper, en les désignant à l'autorité judiciaire, tous ceux qui commettent d'aussi lamentables abus.

En France, les fonctionnaires et les agents de la sécurité se conduisent au contraire comme si leurs chefs leur prescrivaient formellement d'éviter de gêner dans leurs manœuvres les médicastres, les charlatans, tous les trompeurs de la foule. On oublie trop chez nous que ces malfaiteurs ne lèsent pas seulement les droits acquis officiellement, et non gratuitement, par les médecins et les pharmaciens, mais qu'ils portent souvent le plus grand dommage à la santé des ignorants crédules. C'est que nos administrations intelligentes savent fort bien aussi que le peuple demande à être trompé, *vulgus vult decipi*, et par leur conduite répondent le *decipiatur ;* que le peuple soit trompé, puisque cela lui sied. On ne gêne donc pas plus la liberté des *fraudeurs* que celle des imbéciles. C'est commode, il est vrai, mais immoral. Qu'importe! nos Pilates s'en lavent les mains, j'ignore si c'est avec le savon du Congo, mais en tout cas avec un savon qui doit être bien noir.

***

Notre corporation est cependant, et depuis longtemps, fortement exploitée par l'administration, qui met si facilement à contribution nos connaissances sous la rubrique de services humanitaires.

Elle ne nous accorde en revanche aucune compensation; elle nous laisse outrageusement sans protection. Mais quoi! Oserait-on se plaindre? Ne sommes-nous pas assez récompensés par la satisfaction intime du bien que nous semons?

Les Sociétés de secours mutuels n'avaient pas mieux à faire que

colique de plomb. Ce premier accès fut très intense; il ne dura pas moins d'une dizaine de jours. Quelques semaines après, Ch... fut repris d'une attaque d'hystérie bien caractérisée et de tous points semblables à celles qu'il avait présenté autrefois, dans son enfance. Depuis cette époque, il poursuit à d'assez longs intervalles, et comme en partie double, les accès de colique et les crises d'hystérie convulsive.

En 1884, il eut trois accès de colique. Après le second de ces accès, il eut ce qu'il appelle une paralysie de la main gauche. Il raconte que, à la suite d'une crise convulsive, sa main se trouva fermée, que ses doigts se raidirent, s'immobilisèrent et qu'il était impossible de les étendre, à moins d'employer assez de force pour vaincre leur résistance. Cette « paralysie » était donc en réalité une contracture. Cette contracture disparut au bout de trois semaines, sous l'influence d'un traitement électrique auquel il fut soumis à Laënnec, dans le service de M. Damaschino.

Déjà, quelque temps avant son apparition, le malade avait remarqué que son bras et sa jambe gauches allaient s'affaiblissant. La contracture disparue, cet affaiblissement persista, s'accentua même progressivement, à tel point qu'il devint bientôt incapable de travailler. Il séjourna alors successivement à l'hôpital Laënnec, en 1885, durant une période de trois mois; puis à la Charité, en 1886, dans le service de M. Hardy, suppléé par M. Déjérine. Dès son premier séjour à Laënnec, le malade était insensible aux piqûres dans tout le côté gauche. Iodure de potassium, bains sulfureux, électrisation, applications d'aimant, tels sont les traitements auxquels il fut soumis dans les divers services où il séjourna. Sous l'influence de ces médications, la paralysie s'amendait, l'insensibilité diminuait et le malade recouvrait, nous dit-il, assez de force pour travailler.

Quelques jours avant qu'il se présentât à l'hôpital Necker, l'affaiblissement des membres du côté gauche avait fait de rapides progrès, sa jambe le supportait à peine. Le lendemain de son entrée (7 octobre 1887), il était dans l'état suivant :

Motilité-Face. — Rien à la face; pas de déviations de la bouche; nulle asymétrie des traits; pas de déviation de la langue.

Membre supérieur. — La paralysie du membre supérieur gauche est incomplète, mais cependant bien marquée. L'exploration dynamométrique donne :

Main droite..... 39 kilog.
Main gauche.... 8 »

Le membre est souple, les réflexes du poignet ne sont pas exagérées; il n'y a pas trace de contracture. Pas d'atrophie.

Membre inférieur.— Le membre inférieur gauche, quoique très affaibli, peut cependant exécuter tous les mouvements prescrits au malade. Le malade peut se tenir debout; mais la marche est considérablement gênée. C'est qu'en effet, indépendamment d'une paresse notable de ce membre, il existe une contracture du pied telle que dans la marche, qui n'est possible qu'autant que le sujet s'aide d'un bâton, le talon est fortement relevé, la partie antérieure du pied repose seule sur le sol et frotte le parquet à chaque pas; la cambrure du pied est exagérée. Cette contracture existe seulement dans les muscles de la jambe; les mouvements de la jambe sur la cuisse, et de la cuisse sur le bassin, sont lents, difficiles, mais il n'y a pas trace de raideur.

Le reflexe rotulien est très affaibli à gauche.

En outre, il existe une atrophie bien marquée des masses musculaires de la cuisse et du mollet gauche. Cette atrophie ne prédomine pas sur tel ou tel muscle ou groupe musculaire; elle est également répartie sur le membre tout entier. (Le périmètre de la cuisse mesure 40 cent. à gauche et 44 à droite).

Les réactions électriques ne sont nullement modifiées.

Sensibilité. — Analgésie et diminution de la sensibilité au contact et à la température dans toute la moitié gauche du corps. Pas d'anesthésie de la conjonctive; par d'anesthésie pharyngienne.

Diminution très prononcée de l'ouïe à gauche.

Rétrécissement concentrique considérable du champ visuel gauche.

Diminution de la sensibilité gustative et olfactive du même côté.

Pas de zône hystérogène.

Rien au cœur. Urines normales.

Traitement : Douches froides, application prolongée de l'aimant.

Sous l'influence de ce traitement, la sensibilité redevient peu à peu normale dans le côté gauche, mais sans transfert.

En même temps la force musculaire s'accroissait progres-

---

de suivre les exemples partis de si haut. Elles avaient exploité les médecins déjà suffisamment, nous semblait-il. Eh! bien non. Il paraît qu'on va chercher, sous le nom d'*Union médicale des Sociétés de secours mutuels*, à nous exploiter sur une plus grande échelle. Oh! pour le coup, dirai-je à mes confrères, récriez-vous; je vous en conjure, dites que c'est assez et tirez l'échelle.

***

Mais j'ai beau dire, je sens que je prêche dans le désert, et pour dix médecins qui auront le courage de se maintenir dans leur dignité, préférant l'inaction à de basses actions, il s'en trouvera dix autres zélés qui accepteront de passer sous le joug des prétentions léonines qu'on leur présentera. Le plaisir d'être ce que n'est pas son voisin fait commettre tant de sottises! Et, chose étrange! ces médecins, si accomodants, seront les premiers ou les plus vigoureux à crier qu'on exploite notre noble profession.

Mais, à qui donc la faute!

***

Le remède à cette déplorable situation est encore à trouver. Un Conseil de discipline pourrait peut-être quelque chose. Mais que de difficultés dans l'établissement et surtout dans le fonctionnement régulier de ce Conseil!

Ne vaudrait-il pas mieux se contenter d'enseigner à nos futurs confrères, par des leçons et surtout par des exemples, le respect de soi-même, de faire naître et croître en leur cœur le sentiment de la dignité médicale et de le développer assez pour qu'ils ne se laissent plus aller à rabaisser, à avilir notre noble profession dans des compromissions indignes qui nous ravaleraient bientôt au niveau des honteux métiers exercés par les plus tristes aventuriers?

***

Et cependant ce sentiment de notre dignité personnelle ne devrait-il pas trouver presque tous les jours des occasions nouvelles de s'entretenir et de s'augmenter? Assurément; et c'est surtout lorsque nous assistons à des solennités comme celle qui, le 30 octobre dernier, réunissait à Tours nos maîtres accourus pour rendre hommage aux gloires médicales de cette ville. L'inauguration du monument élevé à Bretonneau, à Velpeau et à Trousseau, a été des plus magnifiques. Velpeau et Trousseau ont été dignement célébrés par leurs élèves de prédilection. Le professeur Guyon a pro-

sivement. Ainsi, le 15 octobre, l'exploration dynamométrique donnait :

Main droite.......................... 37 k.
Main gauche........................ 18 k.

Le 20 octobre, le malade se déclarait guéri. L'anesthésie sensitivo sensorielle avait disparu. le dynamomètre indiquait :

Main droite.......................... 36 k.
Main gauche........................ 25 k 1|2.

La contraiture du pied ne disparut à aucun moment. Elle persistait encore, quand le malade demanda sa sortie quelques jours après.

A. Dutil.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de l'œsophage.

Suite et fin. — Voir le précédent numéro

IV. Le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par le tubage et le cathétérisme permanent, par le docteur Chartres Symonos (*British medical journal*, 25 avril 1887). — V. Sur le traitement des rétrécissements de l'œsophage, par le professeur Leyden et le docteur Renvers (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 50, p. 1077). — Indications bibliographiques.

IV. M. Ch. Symonds rapporte plusieurs cas de rétrécissement cancéreux parvenu à un point tel que la déglutition était devenue impossible, et où l'introduction d'une canule œsophagienne à demeure, laissée en place pendant un ou plusieurs jours, a produit une dilatation passagère du conduit; par suite, les malades pouvaient de nouveau avaler des aliments solides. Ce résultat se maintenait pendant deux ou trois semaines. Pendant cette phase d'amélioration, les malades augmentaient de poids; mais, bien entendu, ils n'étaient pas arrachés au trépas. A l'autopsie de plusieurs de ses malades, M. Symonds a retrouvé les traces de l'action dilatatrice opérée par la canule, sous forme d'ulcérations qui siégeaient de préférence à la hauteur du cartilage cricoïde.

Il pense que dans les cas de rétrécissement de l'œsophage, assez prononcé pour ne plus laisser de passage libre aux aliments solides, le tubage donnera des résultats meilleurs et plus durables que la gastrotomie. La canule—tube élastique et en forme de drain—devra être courte; on la laissera en place aussi longtemps qu'elle sera bien supportée (jusqu'à dix jours). Le tubage occasionne quelquefois des frissons aux malades, comme il arrive pour le cathétérisme uréthral, mais cela sans conséquences fâcheuses.

V. M. Leyden a expérimenté le traitement palliatif préconisé par Symonds chez deux malades affectés d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage : D'abord chez une femme entrée à l'hôpital le 25 avril 1887, et qui pesait, à ce moment là, 42 k.5 ; le poids descendit encore à 41 k. 5. A partir de là, on avait réussi à introduire et à faire supporter une canule œsophagienne du calibre d'une plume d'oie; la canule est restée à demeure depuis lors, c'est-à-dire *pendant plus de six mois*. Le poids corporel s'est relevé, passant par les valeurs suivantes : 43 k. 46 (1er juin); — 46 k. (22 octobre); — 49 k. 6 (22 octobre); — 49 k. 1 (2 novembre). C'est-à-dire que la malade a augmenté en tout de 8 kilogrammes. L'état général est très satisfaisant et, à voir la malade, on ne se douterait pas qu'elle est, depuis plus d'un an, affectée d'un cancer de l'œsophage. La malade a été nourrie exclusivement avec des aliments liquides; les aliments solides réduits en particules menues, la pulpe de viande, par exemple, qu'on essaya de faire passer, ayant toujours obstrué la sonde.

L'autre malade, un homme robuste, âgé de 50 ans, s'est présenté à l'hôpital le 8 août dernier, et il a été soumis au même traitement. En l'espace de deux mois, son poids corporel avait augmenté de 7 kilogrammes. Le malade, toujours muni de son tube œsophagien, s'en retourna chez les siens, en Poméranie. Vers la fin de septembre, il fit savoir que la canule s'était obstruée; et demanda un avis sur la conduite à suivre. On lui conseilla de retirer la canule, ce qu'il fit. Mais il éprouva une grande frayeur en constatant que les aliments avalés ne passaient plus du tout. Le 3 octobre, il se fit réadmettre dans le service de M. Leyden. Son poids corporel était descendu de 49 k. 5 à 46 k. On ne réussit pas d'abord à franchir de nouveau le rétrécissement avec une sonde, et il fallut, pendant les premiers jours, nourrir le malade par la voie rectale. Puis, une nouvelle tentative de cathétérisme ayant abouti, on put de nouveau placer dans l'œsophage une canule

---

noncé l'éloge de Velpeau. C'est au professeur Péter que revenait l'honneur de glorifier la mémoire de Trousseau. Et tous les auditeurs s'accordent à dire que les deux orateurs se sont acquittés de leur tâche avec art, avec éloquence, et surtout avec cœur. Mais Velpeau et Trousseau ne sont pas encore des oubliés pour notre génération, tandis que Bretonneau, nous en avions seulement dans notre mémoire une sorte d'écho bien affaibli par la distance. Nous ne le connaissions pas.

Aussi le discours du docteur Duclos, le directeur de l'Ecole de Tours, un des rares survivants parmi les élèves du maître incomparable, du médecin de génie, de Bretonneau, nous a-t-il fait une bien profonde impression. Discours d'un philosophe, poétique, littéraire, imagé au suprême degré. Que de belles pensées et exprimées avec quel charme! Citons un peu pour justifier notre admiration :

« Le père de Bretonneau était médecin de campagne, de cette race vaillante qui a pour titres de noblesse le travail et le dévouement, sa mère, d'habitudes simples, avant tout femme de devoir, sachant bien que le cœur seul est fécond et qu'il appartient aux mères d'y déposer les bonnes semences. Un oncle maternel complétait la famille, esprit sage, comprenant que dans la pratique de la vie les règles absolues ne sont pas toujours le guide le meilleur, esprit éclairé que le respect des traditions ne fermait pas aux idées et aux généreuses aspirations des temps modernes. C'est à lui que fut confiée plus particulièrement la direction de l'enfant.

« Le bon oncle se préoccupa avant tout d'une forte éducation morale. Il en sentait la nécessité. Au milieu des difficultés et des orages de la vie, l'homme a si souvent besoin de se replier sur sa conscience, le lieu de refuge de l'âme où se fait toujours entendre, même quand elle n'est pas écoutée, une parole de justice, d'espérance et d'amour. »

Et le discours se continue sur ce ton, émaillé à tout instant d'aperçus philosophiques et des pensées les plus fines en même temps qu'elles sont profondes.

Témoin ce passage :

« La science et l'art sont deux instruments qu'on emploie en vue de la guérison des maladies. Tant vaut l'homme, tant vaut l'instrument. Le meilleur ciseau, le plus délicat pinceau, ne feront jamais un Phidias ou un Raphaël, et les plus beaux traités d'har-

à demeure. Dans les sept semaines qui ont suivi, le poids corporel du malade est remonté à 48 k. 6.

M. Leyden croit pouvoir conclure que ce traitement palliatif donne des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec les autres médications en usage. Sans doute, le tubage n'agit pas sur le néoplasme, sur le carcinome, mais il remédie momentanément au rétrécissement qui, lui, entraîne la mort par inanition, dans un délai qui, d'ordinaire, ne dépasse pas une dizaine de mois. Or, dans le même espace de temps le tubage œsophagien a produit chez les deux malades de M. Leyden une augmentation de poids corporel, sans que soient survenus d'autres symptômes en rapport avec une extension du carcinome et avec un danger imminent.

M. Renvers a fourni quelques renseignements sur la technique du tubage. Les canules à demeure, employées pour le tubage œsophagien, sont des tubes courts, en forme d'entonnoir. Quand le rétrécissement ne dépasse pas 3 centimètres en longueur et porte sur le tiers moyen ou sur le tiers inférieur du conduit, employer de préférence un tube en caoutchouc durci, de 3 à 5 cent. de long et muni de deux fils de soie, qui permettent de retirer le tube à volonté.

Quand le rétrécissement porte sur le tiers supérieur de l'œsophage, ou lorsqu'il s'étend sur une longueur de plus de 3 à 4 centimètres, il est préférable de choisir un tube élastique, confectionné comme les sondes œsophagiennes, au risque de le remplacer souvent, en raison de la fragilité de ces sortes de tubes. Avant la mise en place de ces canules à demeure, un traitement préparatoire est indispensable. Ce traitement consiste à interrompre pendant plusieurs jours l'alimentation par les voies supérieures et à faire, dans la portion dilatée de l'œsophage des lavages antiseptiques, le tout pour enrayer le travail de désorganisation ulcéreuse, qui s'effectue au siége du carcinome. Il faut ensuite chercher à vaincre le rétrécissement, et ce n'est que quand ce but est atteint, au prix de bien des difficultés, qu'on peut procéder à l'introduction de la canule à demeure, qui doit mesurer de 4 à 6 centimètres en longueur. Pour cette introduction, on se sert, quand le *tube* est *rigide*, d'un mandrin en baleine, muni à son extrémité inférieure d'un bout arrondi, en ivoire. Le tube, ainsi qu'il a été déjà été dit, est retenu par deux fils de soie. On fera bien, avant de l'introduire, de marquer sur le mandrin la hauteur jusqu'à laquelle l'instrument avancera sans difficulté. Une fois le tube en place, on retire le mandrin et on noue les deux fils qui émergent hors la bouche, en arrière de la tête. Quand on veut appliquer un *tube élastique*, on se sert, pour l'introduction, d'une mince sonde en baleine, engainée dans une bougie élastique. Au moyen d'une vis, la bougie peut être fixée en un point quelconque de la sonde. Celle-ci est poussée dans le tube assez loin pour en obturer la lumière; cela fait, on fixe la bougie en place, et on introduit l'appareil comme une sonde œsophagienne ordinaire. Il est prudent de ne pas laisser les tubes élastiques en place pendant plus de quinze jours; passé ce délai, la paroi se fendille et les fils peuvent être arrachés de leurs points d'attache. Dans le cas où cette mésaventure viendrait à se produire, il ne resterait d'autre parti à prendre qu'à refouler le tube jusque dans l'estomac.

E. Ricklin.

Indications bibliographiques.

I. *Sur le diagnostic des rétrécissements de l'œsophage*, par le docteur Alexandre Ogston (*Med. Chronicle*, janvier 1887).

II. *Œsophagotomie pour extraction d'un dentier*, par le docteur Berns (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 17).

III. *Un nouvel œsophagoscope*, par M. Stoerk (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, n° 34).

E. R.

TRAVAUX RUSSES

La mobilité du cœur et sa valeur diagnostique, par le docteur M. Cherchevsky, de Saint-Pétersbourg. (*Wratch*, 1886, n° 37).

Ce travail remarquable, qui porte le cachet de l'originalité et d'une grande finesse d'observation, date de l'année passée; mais, n'ayant pas encore été analysé dans la presse médicale française, il peut être considéré comme une véritable nouveauté pour les lecteurs de la Gazette médicale.

Malheureusement, comme toutes les analyses, la nôtre aussi ne sera, pour ainsi dire, que le squelette de l'œuvre originale et vivace dont beaucoup de qualités, entre autres le style admirable, ne peuvent être rendues.

L'auteur, connu aussi en France par plusieurs travaux

---

monie n'enfanteront pas un Mozart ou un Beethoven. Il en est de même en médecine. Un homme instruit, mais à courte vue, pourra être un médecin très correct. Confions-lui les cas où il serait sage de laisser la nature faire les frais du traitement, et ne lui demandons que de s'abstenir: C'est sa vraie spécialité, ce n'était pas celle du maître. »

Et en cet autre endroit du discours de M. Duclos, ne sent-on pas encore le profond penseur?

« L'homme donne à l'enfant la fermeté nécessaire dans le voyage de la vie pour ne pas craindre de heurter les obstacles dont le chemin est semé. La femme lui communique ce tact, ce charme dont l'homme n'a pas le secret, et qui sera toujours une grande force. L'œuvre de la femme ne finit pas au berceau de l'enfant. Plus délicate et plus grande est l'intelligence d'un homme, plus on y trouve l'empreinte d'une mère, d'une sœur, d'une femme aimée et respectée. Volontairement ou à son insu, l'homme est bercé toute sa vie. »

Mais on s'oublierait à tout citer! Arrêtons-nous sur cette pensée si vraie présentée sous une forme si gracieuse.

***

Un autre de nos grands maîtres dans la médecine contemporaine vient aussi d'avoir les honneurs d'un éloge, d'un véritable éloge académique. Bouilaud avait déjà sa statue à Angoulême depuis plus d'un an. L'enceinte de l'Académie de médecine a retenti l'autre mardi de l'éloge, du panégyrique de ce bouillant, pétulant et souvent éloquent professeur.

Le nouveau secrétaire perpétuel, M. J. Bergeron, succédant à Béclard, avait une tâche difficile à remplir. Il a eu soin de le déclarer lui-même avec modestie. On ne peut que féliciter M. Bergeron du choix de son héros et aussi et surtout d'avoir su nous le faire si bien revivre. Il a obéi à une inspiration fort heureuse en exposant, en très bons termes, devant les nouvelles générations, à côté des parties les plus brillantes, les parties durables de l'œuvre d'un des hommes qui honorent le plus la médecine française du dix-neuvième siècle.

Dr Peter-Paul Somans.

Société de Biologie. — La Société de Biologie ne tiendra pas séance le lundi 31 décembre 1887, et reprendra le cours de ses travaux hebdomadaires le 7 janvier 1888.

scientifiques publiés dans la REVUE DE MÉDECINE (1), a constaté dans presque toutes les cardiopathies nerveuses la présence des deux symptômes suivants :

C'est d'abord une douleur costale *gauche*, non spontanée, mais provoquée par la pression et marquée surtout sur la *septième* côte, où elle occupe, près de la ligne axillaire antérieure, un espace de 1 à 2 centimètres.

L'intensité de la douleur est en raison directe de la durée et de l'intensité de l'irritabilité du cœur. La douleur n'est jamais spontanée ; jamais on ne trouve de points douloureux sur les vertèbres et à l'extrémité sternale de la côte. Ce n'est donc pas une névralgie intercostale.

Le deuxième symptôme, un peu plus rare que le premier, est une douleur aiguë, ressentie par le malade quand, dans la station debout, on lui percute le lobe gauche du foie (sur la ligne médiane du corps et un peu vers la gauche). Cette douleur, qui s'irradie vers le cœur, disparaît dans le décubitus dorsal. Les dimensions du foie peuvent, dans ces cas-là, être absolument normales.

Ces deux symptômes, intimement liés l'un et l'autre à la cardiopathie nerveuse, ont une cause commune : *le déplacement du cœur*.

On sait que, même à l'état normal, le cœur se déplace dans les différentes attitudes du sujet. Le déplacement peut se faire en arrière, dans le décubitus dorsal (ce qui se traduit par une diminution des diamètres de la matité cardiaque) ; à droite, dans le décubitus latéral droit ; à gauche, dans le décubitus latéral gauche ; en bas, dans la station debout (cas pathologiques).

De tous ces déplacements, celui qui se fait à gauche est le plus considérable.

L'auteur a étudié 40 individus au point de vue des déplacements du cœur. Nous résumerons ces observations dans le tableau qui suit, en ne tenant compte que du déplacement à gauche, le plus fréquent et partant le plus significatif. Les chiffres indiqueront l'étendue de ce déplacement en centimètres. Ainsi, par exemple, le déplacement sera de 5 centimètres, si la limite gauche du cœur se trouve à 1 cent. à droite de la ligne mamillaire, dans la station debout; et à 4 cent. à gauche de cette même ligne, dans le décubitus latéral gauche.

Parmi les 40 sujets de l'auteur, il y avait 36 hommes et seulement 4 femmes : deux adultes et deux fillettes de 11 à 12 ans. Notons enfin que, dans la détermination des limites du cœur, l'auteur se guidait toujours sur la matité cardiaque relative et qu'il ne choisissait pour son étude que des sujets exempts, dans le présent comme dans le passé, de toute maladie du poumon ou de la plèvre.

Cela dit, passons maintenant à notre tableau, dont l'intérêt n'échappera certainement pas au lecteur :

Age.	État de santé.	Déplacement du cœur à gauche, en centimètres.
11 ans.	Nervosisme, pas d'affections organiques.	6.0
12 »	Nervosisme, anémie	7.5
15 »	Neuro-asthénie	7.5
15 »	Bonne santé	7.0
19 »	Excès vénériens	7.0
22 ans.	Bonne santé	5.5
24 »	Nostalgie	5.5
26 »	Bonne santé	3.0
32 »	»	5.5
32 »	»	4.5
37 »	Neuro-asthénie	4.5
38 »	Bonne santé	4.5
39 »	Nervosisme	4.5
39 »	Neuro-asthénie	7.5
40 »	Avait eu la maladie de Basedow	5.5
43 »	Dilatation du cœur, surmenage	1.0
45 »	Artério-sclérose	0.0
46 »	Bonne santé	2.5
46 »	Art. périph. rigides, gastro-ectasie	1.0
48 »	Artério-sclérose	0.0
48 »	Bonne santé	2.5
48 »	Sénilité précoce	0.0
50 »	Bonne santé	5.5
52 »	Artério-sclérose	0.0
54 »	Angine de poitrine	0.0
56 »	Surmenage physique	0.0
58 »	Artério-sclérose	0.0
58 »	Bonne santé	3.5
59 »	Art. temporales sinueuses	2.5
59 »	Artério-sclérose	0.0
61 »	Diabète sucré	2.5
63 », 67 », 68 », 69 », 70 », 72 », 74 »	Artério-sclérose	0.0

Ainsi, sur 40 sujets de 11 à 86 ans, le déplacement était nul chez 15 (37 0/0), faible chez 5 (13 0/0) et considérable (de 4 à 7,5 cent.) chez 19 (50 %) sujets. On voit que les déplacements les plus considérables s'observent surtout vers 40 ans, pour diminuer ensuite avec les progrès de l'âge ; que plus le sujet est nerveux, plus le déplacement de son cœur est grand ; qu'enfin le déplacement est à son minimum, souvent même nul, dans l'artério-sclérose. L'aptitude du cœur à se déplacer suivant les attitudes du sujet est, en général, en raison directe du nervosisme et en raison inverse de l'âge.

Quant au mécanisme de ces déplacements, l'auteur l'explique par l'élasticité des gros vaisseaux auxquels le cœur est appendu. Si les gros vaisseaux offraient au cœur un point d'appui fixe, immobile, cet organe, en se déplaçant à gauche, par exemple, devrait décrire avec sa pointe un arc de cercle le long du sixième espace intercostal. Or, dans le décubitus latéral gauche, la pointe du cœur se trouve, dans la majorité des cas, surtout chez les nerveux, à la septième côte, sur la ligne axillaire antérieure ; elle s'abaisse donc, et ce fait ne peut être expliqué que par l'élasticité des gros vaisseaux.

L'élasticité des vaisseaux diminuant avec les années, on comprend que l'aptitude du cœur à se déplacer doit être, d'une manière générale, en raison inverse de l'âge.

On connaît la grande excitabilité du cœur chez les nerveux, les neuro-asthéniques. D'après les observations de l'auteur, cette hyperexcitabilité se traduit, sous l'influence des émotions, par des changements appréciables dans le volume, et

(1) *Contribution à l'étude des crises laryngées tabétiques. — Des thermonévroses. — Contribution à l'étude de l'agoraphobie. — Contribution à la pathologie des nécroses intestinales.*

partant dans le poids du cœur, changements qui, à leur tour, doivent influencer l'élasticité des gros vaisseaux.

Le professeur Polotebneff (de Saint-Pétersbourg), a fait sur ce sujet des expériences très concluantes. Il attachait des poids variables à des bouts d'artères homonymes de longueur égale (7 cent.), tant normales que sclérosées, et obtenait, selon le poids et l'état d'intégrité ou de sclérose du vaisseau, un allongement plus ou moins considérable et qui, tout en diminuant, persistait dans une certaine mesure quand on enlevait le poids.

Voici, du reste, quelques chiffres de Polotebneff. Nous ne citons que ceux qui se rapportent aux poids de 20, 200 et 1,000 grammes.

	Allongement sous l'influence du poids.		*Allongement persistant, le poids étant enlevé.*	
	Art. norm.	Art. scl.	Art. norm.	Art. scl.
20 grammes.	8,1 cent.	7,5 cent.	7,0 cent.	7,0 cent.
200 »	12,5 »	8,0 »	7,5 »	7,5 »
1.000 »	15.4 »	0,3 »	8,0 »	8,3 »

Les expériences de Polotebneff permettent de conclure que les changements du poids du cœur survenant chez les névropathes, sous l'influence de phénomènes vaso-moteurs, peuvent produire un allongement non seulement temporaire, mais persistant des gros vaisseaux. De là une augmentation de l'aptitude du cœur à se déplacer, avec ses deux conséquences indiquées par l'auteur : douleur à la percussion de la 7e côte et du lobe gauche du foie. En effet, le cœur, en se déplaçant en bas, pressera sur le lobe gauche du foie et y déterminera à la longue une irritation voisine de l'état inflammatoire; en se déplaçant à gauche et en s'abaissant en même temps, la pointe du cœur battera à la 7e côte, et comme celle-ci n'est pas « accoutumée » à ce genre de percussion, elle deviendra douloureuse.

La relation entre les déplacements du cœur et l'élasticité des vaisseaux une fois admise, il faut admettre aussi que l'existence du déplacement est une preuve de la conservation de l'élasticité des artères, tandis que l'absence ou la diminution du déplacement est l'indice d'une diminution de cette élasticité (abstraction faite des influences extra-vasculaires). Et comme, d'autre part, la perte de l'élasticité des vaisseaux est une conséquence de l'artério-sclérose, on peut dire que l'absence ou la diminution de l'aptitude du cœur à se déplacer indiquent une sclérose plus ou moins considérable des gros vaisseaux, et surtout de l'aorte.

Prenant en considération que les signes objectifs (assez nombreux) de l'artério-sclérose que nous connaissons jusqu'à présent, sont tous *tardifs* et que, de toutes les artério-scléroses, celles de l'aorte ascendante et de la crosse de l'aorte sont les plus fréquentes (fait bien établi par les statistiques de Lobstein et de Rokitansky), on comprendra la valeur diagnostique du nouveau signe *précoce* indiqué par l'auteur.

Le docteur Cherchevsky résume ainsi les conclusions de son travail :

1o L'aptitude du cœur à se déplacer suivant les attitudes du sujet est un phénomène normal; mais le terme « normal » ne doit être interprété ici que dans un sens relatif, car, vers 40 à 50 ans, le cœur perd de plus en plus sa mobilité, et l'absence de ses déplacements devient la condition normale de cet âge. Les déplacements du cœur se produisent latéralement, en bas et en arrière; leur maximum est vers la gauche;

2o L'aptitude du cœur à se déplacer est en raison inverse du degré de l'artério-sclérose de l'aorte;

3o Les influences psycho-nerveuses, en augmentant le poids du cœur, produisent un allongement des gros vaisseaux et augmentent la mobilité du cœur;

4o La douleur à la pression de la 7e côte et celle du lobe gauche du foie sont les signes d'une mobilité exagérée du cœur;

5o L'aptitude du cœur à se déplacer en arrière, constatée par l'auteur dans 18 cas sur 40, prouve qu'en examinant le cœur, il ne faut jamais omettre de le percuter aussi dans la station verticale du sujet. Autrement, on pourrait être induit en erreur par le raccourcissement des diamètres de la matité cardiaque dans le décubitus dorsal;

6o La disparition dans le décubitus dorsal de la douleur à la région du lobe gauche du foie engage aussi à ne pas négliger l'examen de cette région dans la station verticale;

7o Le surmenage psychique produisant sur le cœur absolument les mêmes effets que le surmenage physique, il est de toute nécessité de modifier nos vues actuelles sur les névroses cardiaques, considérées d'habitude comme peu graves. Les faits abondent pour démontrer qu'un cœur, atteint d'affection nerveuse, devient à la longue cœur surmené d'abord, et cœur organiquement dilaté ensuite;

8o Le surmenage physique et les émotions pénibles prolongées jouent un rôle important dans l'étiologie de l'artério-sclérose.

Dr WLADIMIR DE HOLSTEIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

RECHERCHES SUR L'HÉMATO-SPERMIE (ÉJACULATIONS SANGLANTES), par le docteur BERNARD LANSAC, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

La présence du sang dans le sperme est un phénomène qu'on trouve souvent signalé dans les auteurs et sur la nature duquel bien des explications ont été avancées, mais qui n'avait pas jusqu'à présent fait l'objet d'un travail d'ensemble. C'est cette tâche que M. Lansac vient d'entreprendre et de mener à bien, dans sa thèse inaugurale.

Une étude anatomo-pathologique du liquide excrété montre tout d'abord la diversité des altérations. Tantôt c'est un liquide à peine rosé, tantôt brunâtre, tantôt même c'est du sang pur qui apparaît. Chacun de ces aspects répond à un état pathologique particulier sur lequel nous aurons à revenir. L'étude histologique en est intéressante. La présence de globules sanguins dans les vésicules semble, sinon être complètement incompatible avec l'existence des spermatozoïdes, du moins rendre leur nombre faible et leur vitalité moindre. Ce fait, signalé par Mercier, par Laborde, Rapin, etc., a été bien démontré par Guelliot dans sa thèse sur les vésicules séminales; d'après ce dernier auteur, un arrêt de la sécrétion spermatique a pour résultat de favoriser l'exhalation d'une certaine quantité de sang dans les voies séminales.

Le sang rencontré dans le produit d'une éjaculation provient de plusieurs sources; au cours d'une uréthrite, il peut être déposé à la surface de la muqueuse et être chassé d'une manière intermittente : mais il n'est pas intimement mélangé au sperme, il ne fait qu'y déposer des stries et, de plus, comme

le fait remarquer le professeur Guyon, en étudiant l'acte de la miction, en examinant l'urine du premier jet, où recueillerait divers renseignements qui permettraient de localiser la source de l'hémorrhagie.

Il en est de même du sang qui serait fourni par les glandules prostatiques au cours d'une prostatite aiguë ou chronique; là encore, le sperme est strié de sang et le mélange n'est pas intime; enfin les premières gouttes de la miction en entraînent quelques gouttes. De même encore pour les exhalations sanguines qui accompagneraient, suivant certains auteurs, les épididymites aiguës. Ce ne sont pas là, comme le fait observer justement M. Lausac, de véritables hémato-spermies.

C'est dans les vésicules séminales qu'il faut chercher la lésion. Dans son travail, M. Lausac a établi une division bien nette des causes productrices et il distingue deux catégories de cas où l'hémato-spermie a lieu. Tantôt il préexiste dans les voies génitales un état inflammatoire, tantôt c'est au milieu d'un parfait état de santé que le phénomène apparaît. A cette deuxième catégorie appartiennent les excès de coït, de masturbation, et enfin l'hémato-spermie par continence prolongée. Faut-il voir là, avec Robin, une conséquence du séjour prolongé du sperme dans les vésicules, ou bien une rupture des vaisseaux capillaires au moment des contractions énergiques d'une éjaculation retardée? Ou plutôt ne se passe-t-il pas à ce moment un phénomène analogue à ce qu'on voit après l'évacuation trop rapide d'une vessie distendue et n'assiste-t-on pas là à une hémorrhagie *ex vacuo*. C'est une hypothèse vraisemblable émise par M. Jamin à laquelle semble se rattacher M. Lansac.

Un mot enfin des éjaculations sanglantes chez les vieillards, accident fréquent et dont le pronostic est assez grave, car il détermine une poussée congestive à laquelle prennent part tous les organes de l'appareil génito-urinaire.

Dans l'état pathologique, c'est presque toujours la blennorrhagie qu'il faut dépister. Rappelons ce que nous avons dit de l'origine de l'hémorrhagie: le sang provient dans ce cas des vésicules : or, pour que la propagation ait lieu, il faut nécessairement que l'inflammation ait envahi l'urèthre postérieur. Bien plus, l'inflammation des vésicules est souvent liée soit à une prostatite, soit à une épididymite. L'état aigu y prédispose plus que les états chroniques; néanmoins, ces derniers exposent également à la propagation vésiculaire; il faut avoir ce fait présent à l'esprit, car le diagnostic resterait souvent hésitant.

Le pronostic est bénin, même dans la blennorrhagie aiguë. Cependant, M. Lansac a pu réunir quatre observations dans lesquelles une péritonite partielle s'est développée autour d'une vésiculite ou plutôt d'une péri-vésiculite.

Si l'on admet que le sang provient des vésicules et non d'une autre partie de l'appareil génital, la valeur diagnostique de l'hémato-spermie est considérable. La nature de l'affection est moins nette, dans les inflammations chroniques tout au moins. En effet, dans la grande majorité des cas, c'est la blennorrhagie qu'il faut accuser; mais certaines observations paraissent se rapporter à de la tuberculose; il est vrai que l'opinion de M. le professeur Guyon est contraire à cette hypothese, et jamais, d'après lui, la tuberculose des vésicules ne s'est annoncée par une éjaculation sanglante. On peut toutefois admettre l'existence de ces cas limités, sur lesquels il a lui-même appelé l'attention, où l'on voit la tuberculose se développer sur un terrain déjà préparé par la blennorrhagie.

Tels sont en résumé les points principaux du travail de M. Lansac. On y trouvera un historique bien exposé de la question, une sage critique des opinions émises par les auteurs; les conclusions en sont basées sur une rigoureuse observation clinique.

Dr E. Desnos.

Le charbon des animaux et de l'homme, par M. Straus, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Dans le domaine de la pathologie, il n'est guère d'étude plus attrayante et aussi féconde en déductions que celle de la maladie désignée encore aujourd'hui sous le nom populaire de « charbon ». Pour justifier cette proposition, il suffirait d'invoquer le nombre considérable de travaux publiés et les découvertes que ces travaux ont fait naître. Il n'est que juste de mettre au premier rang des observateurs auxquels nous devons les plus importantes de ces découvertes, notre illustre compatriote M. Pasteur, dont les belles recherches ont amené une véritable rénovation de la pathologie, au moins en ce qui concerne l'étiologie et la prophylaxie des maladies infectieuses. C'est à lui que nous devons nos connaissances les plus précises sur la nature du charbon et les acquisitions réalisées sont telles que l'histoire de cette maladie est devenue aujourd'hui en quelque sorte une introduction nécessaire à l'étude des autres maladies infectieuses. M. Straus a donc été bien inspiré en faisant de cette question, en apparence circonscrite, en réalité si vaste, l'objet de son cours à la Faculté : choix d'autant plus heureux que l'auteur était pourvu ici d'une compétence toute spéciale, fruit de persévérantes recherches personnelles et d'une connaissance parfaite de tous les travaux parus jusqu'à ce jour. Ce cours, dont il nous donne aujourd'hui le résumé sous une forme parfaitement claire et concise, ne contient pas moins de 15 leçons, dans lesquelles trouvent place successivement toutes les questions relatives à l'histoire du charbon.

L'examen de l'importance doctrinale qu'il convient d'attacher à cette étude, la critique des opinions et des erreurs qui ont régné longtemps dans la science au sujet de la nature de la maladie charbonneuse, forment le sujet des premières leçons. Cet examen préalable était nécessaire, ne fût-ce que pour mieux faire ressortir la portée des acquisitions réalisées de nos jours sur un terrain où nos prédécesseurs, faute de moyens d'investigation, ne pouvaient émettre que des hypothèses. M. Straus rappelle la part qui revient à chacun dans cette œuvre commune. Les belles recherches de Rayer, Delafond, Davaine, ont préparé l'œuvre qui devait être édifiée et achevée plus tard par les travaux de Pasteur. Il n'est que juste de citer en même temps les noms des auteurs allemands, et particulièrement celui de Koch, dont la découverte de la spore charbonneuse a fait faire un pas considérable à la question du mode de propagation du charbon. Cette découverte venant après celle de la bactéridie, par Davaine, désormais l'histoire de la maladie va se trouver éclairée d'une lumière inattendue. Il deviendra possible de trouver le point de départ et d'expliquer la filiation des accidents, la marche des épidémies, les divers modes de dissémination de l'agent infectieux. Grâce aux méthodes créées par Pasteur et surtout à celle des cultures successives, on arrive à connaître le mode de reproduction des spores, les agents habituels de leur

transport à distance et à apprécier leur résistance aux causes habituelles de destruction des microbes : on peut dès lors se rendre compte de certaines particularités restées inexpliquées jusque-là, comme la localisation et la persistance de certains foyers d'infection, et l'existence de ces *champs maudits* sur l'origine desquels on n'avait émis encore que des hypothèses sans fondement.

Et comme conséquence, comme corollaire des progrès ainsi réalisés, la découverte capitale de la vaccination charbonneuse qui, avec l'étude du choléra des poules, est devenue entre les mains de Pasteur le véritable point de départ de la méthode d'atténuation des virus, une des plus belles conquêtes scientifiques de notre siècle. La vaccination charbonneuse, dit M. Straus, est l'exemple le plus éclatant et le plus populaire de cette méthode d'atténuation. Il y avait donc dans cet exposé de l'évolution de nos connaissances relatives au charbon, matière à des considérations d'un extrême intérêt, que M. Straus n'a pas manqué de faire ressortir et qui rendent la lecture des leçons qui s'y rapportent particulièrement attrayante.

A cette étude se rattachait naturellement celle des causes qui paraissent modifier la réceptivité de l'organisme vis-à-vis de la maladie charbonneuse et des circonstances capables d'expliquer un certain degré d'immunité (âge, espèces, milieu, température). A cette occasion prennent place l'exposé et la discussion des diverses théories invoquées pour rendre compte de cette immunité (théorie de l'épuisement — de l'adaptation des cellules — du contre-poison). La propagation et l'étiologie du charbon chez l'homme prêtent également à des considérations très intéressantes, d'autant que cette étiologie, fort bien connue aujourd'hui, comporte des applications thérapeutiques d'un effet presque sûr. On connaît les succès que les chirurgiens ont remporté dans ces dernières années par le traitement local de la pustule maligne, cette forme habituelle du charbon chez l'homme.

Or les moyens employés dans ce cas sont inspirés presque exclusivement des découvertes de la bactériologie, c'est-à-dire de la notion aujourd'hui bien établie du transport par les mouches du virus charbonneux et de sa multiplication de proche en proche aux environs du point d'inoculation. Quant à l'infection par la voie intestinale *(charbon interne)*, elle évoque le souvenir des discussions relatives à son mode de production et au danger inhérent à l'usage des viandes provenant d'animaux charbonneux.

On le voit par ce rapide exposé, qui ne donne qu'une idée bien incomplète de toutes les questions traitées par M. Straus avec l'autorité d'un maître, c'est par toutes ses faces que l'histoire du charbon excite l'intérêt et qu'elle justifie l'importance des travaux dont elle a fourni le sujet. Obligé de nous borner dans cette analyse, nous ajouterons que M. Straus a apporté dans la rédaction de son livre toutes les qualités qui sont propres à en assurer le succès, savoir la clarté et la correction du style, l'ordre et la méthode dans l'exposition des théories et des faits mis au service d'une connaissance approfondie du sujet qu'il avait à traiter.

P. Meselier.

BULLETIN

La pneumonie contagieuse des porcs. — La contagiosité de la Pelade a l'Académie de médecine.

MM. Cornil et Chantemesse ont communiqué récemment à l'Académie des sciences une note relative à l'*Etiologie de la pneumonie contagieuse des porcs*. Cette maladie, presque toujours mortelle, contagieuse au plus haut degré, a fait son apparition vers la fin de l'année 1883, dans les porcheries de Gentilly. Une fièvre vive, de la toux, la perte de l'appétit, l'amaigrissement, l'apparition d'une teinte rougeâtre sur la peau du ventre et des flancs, tels sont ses principaux traits cliniques. Sa durée totale est de 20 à 30 jours. Elle se distingue du rouget, avec lequel on l'avait jusqu'ici confondue, par la lenteur de son évolution, la prédominance des symptômes pulmonaires et surtout par les caractères des microorganismes qui la causent. Ces microbes pathogènes, MM. Cornil et Chantemesse les ont isolés et inoculés avec succès au porc, au lapin, au cobaye. Enfin ces auteurs ont annoncé qu'ils feraient connaître, dans une communication prochaine, les propriétés et les réactions biologiques du virus, ainsi que les procédés à l'aide desquels ils ont obtenu des virus atténués capables de conférer l'immunité à plusieurs espèces animales.

Tels sont les faits désormais acquis sur cette maladie des porcs qui paraît être de même nature que celle décrite en Allemagne par Lœffler et Schütz sous le nom de *Schweineseuche*, et que celle étudiée l'an dernier en Amérique par Salmon et Smith sous la dénomination de *Swine-plague*.

— Le débat pendant devant l'Académie de médecine sur la contagiosité de la Pelade et les mesures hygiéniques à appliquer aux élèves atteints de cette affection dans les établissements d'instruction publique, touche à sa fin, après avoir occupé la majeure partie des deux dernières séances.

Dans la réunion du 6 décembre dernier, M. Aug. Ollivier, s'appuyant sur une centaine d'observations personnelles, déclarait « que la pelade non contagieuse est la règle, et la pelade transmissible une rare, très rare exception » ; en conséquence, il sollicitait l'Académie de demander la réforme des règlements actuellement en vigueur et l'admission en libre pratique des jeunes gens peladeux dans les lycées et collèges. On sait que le rapport présenté par Delpech, en 1873, au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, concluait à l'exclusion des élèves entachés de pelade. Plus récemment, M. Lailler conseillait la même mesure. Aussi, la plupart des proviseurs et des médecins attachés à des établissements d'instruction prononcent-ils systématiquement l'exclusion de tout élève atteint et convaincu de pelade.

Une pareille rigueur n'est pas, on le conçoit aisément, sans créer dans la pratique de délicates et difficiles situations. Il est arrivé que de malheureux jeunes gens, candidats à l'une des grandes Ecoles du gouvernement, se sont vus menacés d'exclusion à la veille de leurs examens. La position du médecin, appelé en pareil cas à formuler une décision ferme, ne laisse pas que d'être embarrassante ; l'hésitation lui est plus que légitime : doit-il maintenir le peladeux au collège, au risque de contaminations nouvelles ? ou bien, prononcer l'exclusion qui brise une carrière et compromet peut-être un avenir? La chose est des plus épineuses, d'autant que l'intérêt pratique qu'elle comporte se double d'une question de doctrine

non encore résolue. C'est qu'en effet la religion des cliniciens, voire des dermatologistes, est loin d'être complètement éclairée en ce qui concerne la contagiosité de la Pelade. A l'Académie de médecine, deux opinions adverses se sont fait jour au cours de la discussion. D'un côté, MM. Ollivier et Cornil ont nettement déclaré que la Pelade n'était pas contagieuse ou qu'elle l'était si rarement et si peu, qu'il fallait supprimer comme inutiles et vexatoires, les mesures draconiennes préconisées jusqu'à ce jour contre elle, dans les établissements d'instruction. D'un autre côté, MM. Hardy, Besnier, Fournier et Bucquoy, ont soutenu la thèse suivante, qui, nous devons le dire, a rallié aisément la majorité des membres de l'Académie.

Séparant la question de doctrine que soulève la contagiosité de la Pelade des mesures pratiques à lui appliquer dans les lycées et collèges, MM. Hardy et Besnier estiment que, dans l'état actuel de la science, la contagiosité de la Pelade ne saurait être discutée avec fruit, faute d'une base sérieuse de documents cliniques et d'expériences précis. Le terme de Pelade s'applique à plusieurs affections de cause et de nature sans doute différentes. En ce moment tout est discuté dans cette maladie, tout est donné à des recherches actives, mais ces recherches, en cours d'exécution, réclament beaucoup de temps. L'heure, comme l'a dit M. Besnier, est toute entière à la clinique et au laboratoire ; à aucun titre ce n'est une question de tribune et aucun jugement définitif ne peut être porté en ce moment. Quoi qu'il en soit, il est des faits qui affirment jusqu'à l'évidence la transmissibilité de certains cas de pelade. Peut-être en est-il de non contagieux, mais dans l'impossibilité de différencier ceux-ci de ceux-là, tout peladeux doit être traité et considéré comme atteint d'une affection contagieuse. Cela étant, voici en quels termes M. Bernier a formulé les régles de la conduite à tenir à l'égard des éléves peladeux, dans les établissements d'instruction :

« 1° Quels que soient les doutes élevés sur l'identité de toutes les alopécies dites pelades, il est hors de contestation que certaines de ces affections au moins peuvent se transmettre d'un individu malade à l'individu sain.

Par conséquent aucun peladeux ne peut réclamer comme un droit son admission dans un asile, une école, un lycée, etc. Cette admission reste subordonnée à la décision du médecin.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ce médecin, ou bien si ce médecin déclare la responsabilité à encourir, la question sera portée devant une commission déléguée à cet effet par l'autorité supérieure et composée de médecins pris dans les hôpitaux où sont traitées les affections teigneuses.

2° Les médecins des établissements publics ou les membres de la commission déléguée s'attacheront avec le plus grand soin à examiner chaque cas particulier, et à ne prononcer l'exclusion que dans la mesure nécessitée par l'intérêt général, et dans la majorité des cas, à l'exception des asiles de la premiere enfance et des écoles primaires, il sera presque toujours possible de concilier tous les intérêts.

Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours, on interdira seulement la récréation et l'étude en commun.

Pour les internats, écoles supérieures, régiments, la surveillance individuelle pouvant être exercée plus utilement par le médecin attaché, on ne prononcera que l'exclusion temporaire et seulement pour le cas où la maladie est à la période de progrès, mais il sera possible de conserver la plupart des sujets atteints et arrivés à la période d'état ou de réparation à la condition de les soumettre à une médication locale et à des ablutions appropriées, en même temps que l'on instituera les mesures de précautions nécessaires telles que concher et toilette à part.

Cette tolérance sera continuée aussi longtemps qu'il ne se sera pas développé de cas nouveaux autour de ceux qui sont en surveillance ; elle cesserait aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraînerait l'élimination immédiate de tous les malades. »

C'est sur ces bases empreintes, en somme, d'une grande libéralité et sauvegardant dans la mesure du possible les intérêts légitimes des peladeux et de ses camarades, que la commission nommée par l'Académie devra élaborer le réglement applicable à la prophylaxie et au traitement de la pelade dans les écoles.

A. D.

NOTES & INFORMATIONS

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Les résultats des délibérations de la Commission nommée pour étudier les réformes à introduire dans le programme des concours pour le Bureau central (médecine et chirurgie) sont les suivants :

Pour l'admission au concours, deux modifications importantes ont été introduites :

1o Deux ans de doctorat seront nécessaires, après les quatre années d'internat, pour pouvoir concourir.

L'interne médaille d'or est soumis à cette modification.

Par mesure transitoire, seront admis à concourir tous ceux qui ont déjà concouru, même s'ils ne remplissent pas la condition ci-dessus. En outre, toute la promotion d'internes ayant achevé leur internat le 1er février 1887 aura le droit de concourir en 1888. Le réglement nouveau n'aura donc pas d'effet rétroactif.

2o La limite d'âge pour l'inscription sur les registres du concours est fixée à quarante ans.

Voici maintenant l'ordre, la nature et la cote des épreuves pour les deux concours de médecine et de chirurgie :

MÉDECINE. — *Epreuves d'admissibilité.* — Composition écrite, 30 points ; épreuve clinique sur un malade, 20 points.

Epreuves d'admission. — Epreuve orale, 20 points ; épreuve clinique sur deux malades, 30 points.

CHIRURGIE. — *Epreuves d'admissibilité.* — Composition écrite, 30 points ; épreuve clinique, 20 points ; consultation écrite, 30 points.

Epreuves d'admission. — Médecine opératoire, 30 points ; épreuve orale (pathologie externe), 20 points ; épreuve clinique, 20 points.

Les autres articles du réglement ancien ont été conservés.

— On lit dans la PROVINCE MÉDICALE, de Lyon :

« Il y a quelques semaines, des professeurs appartenant aux quatre Facultés lyonnaises se sont réunis et ont projeté l'établissement d'un organe périodique, qui réunirait les travaux de l'Université lyonnaise tout entière. Ce projet, présenté à l'Assemblée des professeurs de toutes les Facultés, a reçu leur approbation et est entré en voie d'exécution.

« Le BULLETIN DES FACULTÉS DE L'UNIVERSITÉ LYONNAISE sera rédigé par un Comité de seize membres, quatre par Faculté. Il paraîtra périodiquement et, au début, chaque trimestre. Il contiendra une analyse des travaux des professeurs et de leurs éléves, de tout ce qu'auront produit les thèses, les laboratoires, les cli-

niques, etc. Pour bien établir la fusion, les matériaux seront classés, non pas d'après la Faculté dont ils émanent, mais d'après leur nature. Un travail de chimie sera placé au chapitre « chimie », que son auteur appartienne aux sciences ou à la médecine; certaines questions médico-légales seront inscrites au chapitre du droit.

« En fondant cet organe, l'Université lyonnaise a eu pour but de montrer à tous quelle somme de travail représente son action, quel rôle elle joue dans la vie intellectuelle du pays. Elle espère aussi que beaucoup de ses œuvres, systématiquement oubliées quand elle les confie aux Académies, aux journaux de la capitale, ne pourront passer inaperçues quand elles seront indiquées et analysées dans un recueil dont l'importance, la notoriété, le caractère presque officiel, s'imposeront à l'attention et au souvenir. »

— Épidémie de fièvre typhoïde a Bordeaux. — Une épidémie de fièvre typhoïde règne depuis environ un mois à Bordeaux. Jusqu'à la date du 22 décembre, 736 cas ont été signalés à la mairie. Le nombre des typhiques entrés dans les hôpitaux Saint-André et Pellegrin a été de 112, sur lesquels 11 sont morts et 7 sont sortis guéris; 94 restent en traitement. L'épidémie semble d'ailleurs décroître; les nouveaux cas observés sont chaque jour moins nombreux. Les sources du Taillou, d'abord incriminées, ont été reconnues indemnes par une commission du conseil d'hygiène. L'origine de l'épidémie est encore inconnue.

R. F. D.

NOUVELLES

Le docteur A. Foville.

Nous avons reçu, trop tard pour l'insérer dans notre précédent numéro, la notice nécrologique qui suit sur M. A. Foville. Nous nous faisons un devoir, en la publiant, de rendre un dernier hommage à la mémoire de notre regretté confrère.

Le docteur A. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés au Ministère de l'Intérieur, le secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, ancien président de la Société médico-psychologique, vient d'être enlevé par une douloureuse maladie à l'estime du corps médical et à l'affection des siens.

Né en 1831 à Rouen, où son père avait été chargé d'organiser et de diriger le premier en date de nos asiles départementaux d'aliénés, Achille-Louis-François Foville ne s'était décidé qu'un peu tard à suivre la carrière paternelle. Elève externe, puis interne des hôpitaux de Paris, il fut nommé médecin-adjoint de l'Asile de Quatremares (Seine-Inférieure) en 1859, et peu de temps après médecin en chef de l'Asile de Maréville (Meurthe).

La complète réorganisation de l'Asile de Dôle ayant été reconnue nécessaire, on fit, pour cette œuvre délicate, appel au dévouement et à l'intelligence du docteur Foville, qui avait déjà su mériter la réputation d'un administrateur modèle.

Il fut ensuite directeur de l'Asile de Châlons-sur-Marne, puis médecin-adjoint de la Maison de Charenton; il occupait encore ce poste quand la guerre éclata. Le siége de Paris et la Commune mirent de bien des manières son dévouement à l'épreuve.

Après la guerre, ses parents ayant quitté Paris, le docteur Foville désira retourner à Rouen, où il était né et où il s'était marié en 1860.

Le département de la Seine-Inférieure conservera le souvenir des services éminents qu'il a rendus comme directeur-médecin en chef du grand Asile de Quatremares.

Il ne le quitta qu'en 1880. Le poste d'inspecteur général des Asiles d'aliénés avait été mis au concours par le Ministre de l'Intérieur, et M. Foville y était pour ainsi dire appelé par le suffrage de ses collègues.

Il a jusqu'au dernier jour rempli ces hautes et difficiles fonctions avec un zèle et une distinction auxquels l'Administration centrale et l'Administration départementale sont unanimes à rendre hommage.

La nouvelle loi sur les aliénés, votée par le Sénat et actuellement soumise à la Chambre des députés, est en partie son œuvre.

Les fonctions administratives qui ont absorbé une grande partie de la vie et de l'activité du docteur Foville ne l'ont pas empêché de fournir de précieuses contributions à la science médicale proprement dite. Nous nous bornerons à rappeler ici son *Histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs* (prix Civrieux, 1869), ses études sur le *Delirium tremens*, la *dipsomanie et l'alcoolisme* (1867), ses Recherches sur l'*Épilepsie* (1858 et 1868), ses remarquables articles du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques : convulsions, délire, démence, dipsomanie, folie, etc... Il dirigeait en dernier lieu, avec MM. les docteurs Baillarger et Ritti, les Annales médico-psychologiques.

M. Foville avait remplacé Amédée Latour comme secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, et il avait donné tout son cœur et toute sa sollicitude à cette œuvre philanthropique.

On peut dire d'Achille Foville qu'il est mort sur la brèche. Déjà malade, il poursuivait encore, il y a trois semaines, sa tournée annuelle d'inspection dans les départements méditerranéens. Quand il se décida à regagner Paris, le mal avait déjà fait de tels progrès que les soins les plus affectueux et les plus éclairés n'ont pu le sauver. Sa mort est une grande perte pour la science, pour l'Administration française et pour toute la famille médicale à laquelle il était si cordialement dévoué.

***

Par arrêtés ministériels en date des 13, 20 et 23 décembre 1887, pris en vertu du décret du 31 mars 1885, et conformément à l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

I. *Epidémies cholériques de 1884-1885.*— Médailles d'argent : MM. Dotti et Firmy, infirmiers à l'hôpital du Pharo, à Marseille. — Leduc, infirmier à Marseille et à Manosque.

Médailles de bronze : MM. Combe et Tommasini, pharmaciens à Marseille; Sawas, infirmier à l'hôpital du Pharo.

II. *Epidémie de suette miliaire de 1887* (mission sanitaire envoyée dans les départements contaminés).—Médailles de vermeil : MM. les docteurs Thoinot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de la mission ; Chantemesse, médecin des hôpitaux de Paris Descoust, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris; Wallich, interne des hôpitaux de Paris, en mission dans l'Indre (arrondissement de Blanc), déjà titulaire de deux médailles de bronze et d'argent pour le choléra de 1885-85, à Marseille.

Médailles d'argent : MM. Démelui, Hontang, Louis, Parmentier et Pozzi, internes des hôpitaux de Paris, en mission dans la Vienne.

Médaille de bronze : M. Pressat.

Indre.—Médaille d'argent : M. le docteur Dion.

Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Bernard, Contantin, Desroseaux.

Haute-Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Dunoyer, Perrier, Thoumas.

Médailles d'argent : MM. Lavillauroy et Skalscki.

Epidémies diverses.—Bouches-du-Rhône. — Mention honorable : M. Fantoni.

Seine.—Médaille d'argent : M. Guérin.

— Faculté de médecine de Paris. — Le jury du concours des

prix Civrieux a décidé de décerner ce prix : soit une médaille de vermeil et une somme de 400 francs à M. Appert. La question mise au concours était : « Les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire. »

CONCOURS POUR LE PRIX DE L'INTERNAT. — Le sujet de la composition écrite était : « Pylore ; dilatation de l'estomac. »

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. —Les questions de chirurgie posées aux épreuves orales étaient : « Hématocèle de la tunique vaginale (question qui est sortie). Tumeur blanche du genou. Luxation antéro-interne de l'épaule ; diagnostic et traitement.

Voici les questions de médecine : « Accidents de la vaccine. Paralysie diphtérique. Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale (question qui est sortie). »

Les candidats ont été classés de la façon suivante :

MM. Girode (médaille d'or), Lejars, Barbier, Polguerre, Block.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 18 AU SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1887

— Fièvre typhoïde 32 — Variole 6 — Rougeole 14 — Scarlatine 4. — Coqueluche 8.— Diphtérie, croup, 39 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 161.— Autres tuberculoses 17. — Tumeurs : Cancéreuses 34. — Autres 0. — Méningite 35. — Congestion et hémorr. cérébr. 41. — Paralysie 6 — Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 62.— Bronchite aiguë 30. — Bronchite chronique 39. — Broncho-pneumonie 37.— Pneumonie 52. — Gastro-entérite : Sein 16. — Biberon 26. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale 33. — Sénilité 27. — Suicides 20. — Autres morts violentes 7. — Autres causes de mort 177. — Causes inconnues 4. — Total de la semaine : 951 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Agenda médical pour 1888, contenant : 1o Un Mémorial thérapeutique du Praticien, par MM. Trousseau et C. Paul ; 2o un Mémorial obstétrical, par le professeur Pajot ; 3o un Formulaire magistral, par M. Delpech ; 4o Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur de Valcourt.

Plus un Calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes : la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins-inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France ; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le nouveau Tableau des rues de Paris, etc..., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix : Broché, 1 fr. 75 ; cartonné à l'anglaise, 2 fr. ; divisé en 5 cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranches, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 fr. ; divisé en 5 cahiers (trimestres à 1 jour par page) et doré sur tranches, 3 fr. 50 ; trimestres seuls dorés sur tranches à 2 jours par page, 1 fr. 75 ; à 1 jour par page, 2 fr.

Asselin et Houzeau, éditeurs, libraires de la Faculté de médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME QUATRE DE LA SEPTIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1887

A

B

E

F

G

H

TABLE DES AUTEURS